



Результаты хирургического лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью

Н. М. ЛЫСЯКОВ, С. А. МАРКОСЬЯН, Н. А. ОКУНЕВ, Л. П. РУБИНОВ,
В. А. ЖУРАВЛЕВ, А. В. ГЕРАСИМЕНКО
ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева»,
ГУЗ «Детская республиканская клиническая больница № 1», Саранск.

УДК 616-007.271-089-053.3

Цель: изучить результаты хирургического лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью в зависимости от характера патологии.

Методы: нами проанализировано 38 клинических историй болезни детей с врожденной кишечной непроходимостью, находившихся на стационарном лечении в ДРКБ № 1 г. Саранска за период с января 2000 по август 2008 года. Среди них мальчиков было 22 (57,9%), девочек 16 (42,1%) человек.

С целью удобства учета характера патологии все больные были разделены на 3 основные группы. Первую группу составили больные с высокой врожденной кишечной непроходимостью — 12 (31,6%) человек. Из них 8 (66,7%) новорожденных было с атрезией двенадцатиперстной кишки и 4 (33,3%) детей с кольцевидной поджелудочной железой.

Во вторую группу вошли больные с низкой врожденной кишечной непроходимостью — 13 (34,2%) человек. Из них 8 (61,5%) детей с атрезией подвздошной кишки, 3 (23,1%) — с атрезией толстого кишечника и 2 (15,4%) — с мекониевым илеусом.

К третьей группе отнесены больные с атрезиями прямой кишки и анального отверстия — 13 (34,2%) человек. Из них свищевые формы составили 23,1%, не свищевые — 76,9%.

Длительность госпитализации в зависимости от уровня поражения желудочно-кишечного тракта, сопутствующей патологии и послеоперационных осложнений варьировала от 12 до 64 суток.

При рождении для уточнения диагноза использовались лабораторный, рентгенологический и ультразвуковой методы исследования.

Всем больным проводилось консервативное и хирургическое лечение. Консервативное лечение заключалось в поддержании соответствующего режима температуры и влажности в условиях кювета, проведении оксигенотерапии, антибактериальной, дезинтоксикационной, стимулирующей

терапии, коррекции кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса.

Хирургическое лечение у всех больных первой группы заключалось в наложении обходного дуодено-еюноанастомоза по типу «конец в конец» или «бок в бок». Во второй группе в 40% случаев формировался еюно-еюноанастомоз по типу «конец в конец» или «конец в бок», в 60% — Т-образный разгрузочный колоно-колоноанастомоз, двойная илеостомия по Микуличу или на переднюю брюшную стенку выводилась цекостома. В третьей группе в 62,5% случаев проводилась колостомия, а в 37,5% — промежностная проктопластика.

Результаты: у 10 (26,3%) детей наблюдались послеоперационные осложнения (в 1-й группе — в 22,5% случаев, во 2-й — в 65% случаев, в 3-й — в 12,5% случаев), потребовавшие повторного хирургического вмешательства. Несостоятельность швов кишечного анастомоза была отмечена в 30% случаев, ранняя спаечная кишечная непроходимость — в 9%, поздняя спаечная кишечная непроходимость — в 56,5%, перфорация полого органа — в 4,5%.

При исследовании данной патологии за 2000-2008 годы установлен высокий процент летальности, составивший 23,7%. От осложнений со стороны анастомоза умерло 3 ребенка (7,9%).

Выводы: наше исследование убедительно показало, что наиболее благоприятно протекал послеоперационный период у новорожденных, которым проводилась разгрузка желудочно-кишечного тракта посредством формирования Т-образного анастомоза или проведения илеостомии, цекостомии и колостомии. Поэтому, по нашему мнению, с целью сохранения естественного пассажа пищевого кома по кишечнику, тренировки нижележащих отделов органа и дополнительной разгрузки кишечной трубки является целесообразным деление хирургического лечения на несколько этапов, первым из которых является первичная ликвидация кишечной непроходимости путем наложения стомы.

О работе дневного стационара детской поликлиники

А. Л. ЛЮБОМУДРОВА, М. И. ТАРТАКОВСКАЯ
ГОУДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань, МУЗ ДГП № 2, г. Казань.

УДК 614.2

Дневной стационар на 10 коек в детской поликлинике № 2 г. Казани работает с 2002 года. Стационар принимает детей от 0 до 18 лет с соматической патологией, не требую-

щих круглосуточного наблюдения и интенсивной терапии. Возможности детской поликлиники позволяют проводить обследование и лечение пациентов в объеме, соответ-

ствующем утвержденным стандартам: проводится ФГДС с определением кислотности и Нр, УЗИ внутренних органов с функциональными пробами, ЭКГ, РЭГ, эхоэнцефалоскопия, общеклинические, гельминтологические, биохимические анализы, рентгенография. Обеспечиваются консультации больных всеми специалистами, ведущими прием в поликлинике (по 24 специальностям). Имеется хорошая база восстановительного лечения — все виды свето- и электролечения, включая лазеротерапию, УЗ-терапию, галокамеру, ИРТ, теплелечение, массаж, ЛФК.

За 2005-2007 годы в дневном стационаре получили лечение 906 человек. Из них закончили лечение с выздоровлением от острого заболевания 139 человек (15%). С улучшением при обострении хронической патологии — 701 человек (77,3%). Переведены в стационар круглосуточного пребывания 18 человек (1,9%), так как после углубленного обследования выяснилось, что пациент нуждается в интенсивной терапии. Преждевременно выписано в связи с нарушением режима 48 человек (5,2%). Данная категория состоит из подростков от 15 до 18 лет, преимущественно юношей (36 человек) у которых отсутствует мотивация к оздоровлению.

Учитывая приоритетные направления Национальной программы «Здоровье», в дневном стационаре проводится углубленное обследование и реабилитация юношей и подростков, направляемых на военный учет.

При анализе структуры госпитализированных в дневной стационар выявлено:

— в возрасте 0-3 года наиболее распространены воспалительная патология органов мочевой системы (31%) — чаще встречается у девочек, и болезни органов дыхания (25%);

— в возрасте 3-7 лет преобладают болезни органов дыхания (58%), Функциональные нарушения билиарной системы, как основное или сопутствующее заболевание, встречается у 68% пациентов, у 12% больных выявляется инфицированность лямблиями;

— в возрасте 7-15 лет наиболее часто встречаются болезни органов пищеварения (58%) и лишь 9% из них это функциональные нарушения;

— в подростковом возрасте (15-18 лет) болезни органов пищеварения также занимают лидирующее положение (71%).

В школьном возрасте подавляющее число пациентов (94%) имеют хроническую патологию, а также функциональные отклонения двух и более систем.

Лечение в дневном стационаре имеет также хороший экономический эффект. Так, на лечение больных в 2007 году в дневном стационаре затрачено 55178,62 руб. При лечении такого же числа больных в условиях круглосуточного стационара затраты составили бы 95638,22 рубля. Таким образом, лечение в дневном стационаре дешевле на 43%.

Лечение в дневном стационаре является востребованным, экономически эффективным, а также позволяет сохранить состояние психологического комфорта ребенка, так как не отрывает его от дома и семьи.

Сопутствующая патология хеликобактер-ассоциированного хронического гастродуоденита у детей г. Самары

Л. И. МАЗУР, А. В. АЛЕКСЕЕВА

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара.

УДК 616.33-002-053.2

Целью нашего исследования явилось сравнение уровня сопутствующей патологии у детей больных хроническим гастродуоденитом (ХГД), ассоциированным с *Helicobacter pylori* (НР) и без такового.

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней 1221 ребенка с ХГД (в том числе ассоциированного с НР) за 2005, 2006, 2007 гг. на базе гастроэнтерологического отделения детской городской клинической больницы № 1. Все больные были разделены по этиологической характеристике заболевания на две группы: хеликобактер-положительных (НР+) и хеликобактер-отрицательных (НР-). Диагноз ХГД был подтвержден эндоскопическим методом (с забором слизистой оболочки желудка для гистологического исследования), инфицированность НР — серологическим, с проведением иммуноферментного анализа. За три года с диагнозом ХГД был обследован и пролечен 1221 ребенок, из них 866 (70,93%) НР- и 355 (29,08) НР+. При этом, за исследуемый период наблюдали увеличение доли больных НР+. В 2005 году их доля составила 26,51% от общего числа больных хроническим гастродуоденитом, в 2006 г. — 29,93%, в 2007 г. — 30,96%. Средний возраст пациентов с ХГД соста-

вил $12,47 \pm 0,01$ лет, из них пациентов с НР+ ХГД — $12,67 \pm 0,02$ и $12,14 \pm 0,01$ при НР-. В качестве сопутствующей патологии у детей с ХГД были выявлены следующие заболевания: хроническая билиарная дисфункция, синдром дисхолии, панкреатопатия, аномалия формы желчного пузыря, дуодено-гастральный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит, гепатомегалия, лямблиоз кишечника, хронический запор, эрозивный бульбит, долихосигма, мегаколон, вегето-сосудистая дистония, астено-невротический синдром, атопический дерматит, аллергический дерматит, псориаз, бронхиальная астма, синдром мальабсорбции, ферментопатия, дисбиоз кишечника, ожирения, дефицит массы тела, энкопрез, токсикароз, гепато-висцеральный синдром, тубулопатия, каскадный перегиб желудка, вторичный иммунодефицит, жировой гепатоз, сахарный диабет 1-го типа, хронический холецистит, целиакия, синдром Жильбера, синдром красной волчанки, а также обострение простого герпеса и цитомегаловирусной инфекции.

Высчитав общую распространенность данных заболеваний за три года отдельно у группы НР+ и группы НР-, мы разделили всю сопутствующую патологию на две груп-