

Результаты и обсуждение. Результаты иммунологических исследований позволили установить, что в токсический период ожоговой болезни у пострадавших детей развивается депрессия клеточного звена иммунитета: существенное снижение в крови абсолютного содержания клеток с фенотипом CD3, CD4 и CD8, повышение соотношения CD4/CD8 и концентрации IgM. Выраженное снижение, как правило, предшествует развитию инфекционных осложнений (сепсис и пневмония), которые мы отметили у 60% больных с ожогами свыше 15% поверхности тела.

У 80% детей в острый период ожоговой болезни была выявлена абсолютная лимфопения на фоне умеренного увеличения количества лейкоцитов. Кроме того, у больных III группы абсолютное число Т-клеток в токсический период заболевания было в 1,6 раза меньше, чем у пациентов I и II групп, а в септикотоксический период различия увеличивались в 2 раза.

Концентрация в крови Т-хелперов у детей в III группе была достоверно ниже величин Т-хелперов в I и II группах наблюдений. При применении иммунозаместительной терапии (препаратором иммуноглобулина нормального человеческого) уровень Т-супрессоров в токсический период ожоговой болезни – увеличивался в 1,7 раза, а в септикотоксическую стадию вырастал в 3,2 раза.

Летальных исходов не отмечали. Все больные выздоровели и в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что показанием для назначения иммунокорригирующей терапии у детей с

термической травмой является тяжелый ожоговый шок и нарушения в клеточном звене иммунной системы.

Литература

1. Алексеев, А.А. Актуальные вопросы организации и состояния медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации / А.А. Алексеев, В.А. Лавров // Сб. науч. тр. II съезда комбустиологов России. – Москва, 2008. – С. 3-5.
2. Артемьев, С.А. Состояние иммунитета и его коррекция стресспротекторами у детей с тяжелой ожоговой травмой / С.А. Артемьев, Н.И. Камзалакова, Г.В. Булыгин, И.П. Назаров // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – №6. – С. 53-54.
3. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. – Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ. – Женева, 2008. – 39 с.
4. Пахомов, С.П. Хирургия ожогов у детей / С.П. Пахомов. – Нижний Новгород, 1997. – 207 с.
5. Шень, Н.П. Ожоги у детей / Н.П. Шень. – Тюмень: ООО «Печатник», 2009. – 112 с.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, дети, иммунитет

BURN TRAUMA AND IMMUNE REACTION IN CHILDREN

SAKHAROV S.P.

Key words: burn disease, children, immunity

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.345-007-089.87-053./.5

СРОКИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПОРОКА РАЗВИТИЯ

А.Е. Стрюковский, В.А. Тараканов, А.Н. Луняка, О.А. Терещенко, А.В. Поляев
Кубанский государственный медицинский университет

Аноректальные пороки развития являются наиболее распространённой врожденной патологией желудочно-кишечного тракта с частотой встречаемости 1:2000 новорожденных [2]. Коррекция аноректальных аномалий возможна только оперативным путем. Актуальность проблемы обусловлена отсутствием общего подхода в сроках и выборе метода радикального этапа оперативного лечения порока из-за большого количества неудовлетворительных результатов первичных хирургических вмешательств – до 60% случаев [4]. Основными видами осложнений хирургической коррекции являются: внесфинктерные низведения толстой кишки на промежность – до 31,6% наблюдений, неоткорректированные интраоперационные повреждения анальных сфинктеров, ко-

торые встречаются у 18,4% детей, расхождение кожных швов на промежности вследствие натяжения по линии шва при недостаточной иммобилизации прямой кишки [1,3].

Считаем, что сроки проведения радикального этапа оперативного вмешательства зависят от анатомического варианта порока развития. При низких формах атрезий с уровнем локализации атрезированного участка толстой кишки до 1,5 см радикальная операция должна выполняться по установлению диагноза после кратковременной предоперационной подготовки, на 2-е сутки после рождения (вне зависимости от наличия и локализации свища).

При более высоких формах атрезий радикальную коррекцию аноректальных пороков следует проводить в более поздние сроки (в возрасте 6-10 месяцев) в связи с выраженной гипоплазией порций анальных сфинктеров. При этом необходимо применять индивидуальный подход в каждом конкретном случае, принимая во внимание наличие сопутствующих пороков развития (в особенности мочеполовой и сердечно-

Стрюковский Андрей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста КГМУ, тел.: (861) 267-20-91, 232-37-82, 8-905-47-00-264.

сосудистой систем), а также возможность выработки условно-рефлекторных и волевых актов дефекации, проведения реабилитационных мероприятий, восстановления микробиоценоза толстой кишки.

Оптимальным методом радикального оперативного вмешательства для низведения кишки на промежность при всех видах атрезий прямой кишки считаем промежностную проктопластику по А.Рена – с использование сагиттального промежностного доступа. Разрез проводили строго по межягодичной складке от копчика до уретры у мальчиков или нижней спайки больших половых губ у девочек. Прямую кишку мобилизовали до крестца с целью создания в последующем анатомо-физиологического положения; при необходимости иммобилизацию проводили до переходной складки брюшины. Лапаротомный доступ использовали только как вспомогательный – при высоком стоянии атрезированного участка толстой кишки, когда её мобилизация из промежностного доступа технически была невозможна.

Во время операции использовали электромиостимулятор с игольчатыми электродами. При этом определяли все порции прямокишечных сфинктеров и проводили их маркировку цветными лигатурами. После этого мобилизованная на необходимую глубину толстая кишка укладывалась в каналах внутреннего и наружного анальных сфинктеров с обязательным формированием аноректального угла и кожно-слизистого перехода.

Заключение. Разработанный алгоритм выполнения радикального этапа оперативного лечения детей с аноректальными пороками развития был использован у 74 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития. Его широкое клиническое применение позволило избежать внесфин-

ктерных низведений толстой кишки на промежность и интраоперационных повреждений анальных сфинктеров. Использование алгоритма позволяет создать оптимальные условия для дальнейшей послеоперационной реабилитации детей с аноректальными агенезиями.

Литература

1. Винокурова, Н.В. / Н.В. Винокурова, Н.А. Цап, И.А. Трубицина // Мат. Всероссийской конф. «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – СПб, 2009. – С. 172-173.
2. Иванов, В.В. / В.В.Иванов, М.А. Аксельров, В.М. Аксельров // Детская хирургия. – 2003. – №2. – С. 4-6.
3. Кучеров, Ю.И. / Ю.И. Кучеров, Е.И. Дорофеева, Ю.В. Жиркова // Детская хирургия. – 2009. – № 5. – С.11-16.
4. Орловский, В.В. / В.В. Орловский // Мат. 3 Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – Москва, 2001. – С. 411.

Ключевые слова: дети, аноректальные пороки развития, хирургическое лечение

ANORECTAL ABNORMALITIES CORRECTION: TERMS AND METHODS OF SURGICAL TREATMENT CAUSED BY ANATOMIC VARIABILITIES

STRYUKOVSKY A.E., TARAKANOV V.A., LUNYAKA A.N., TERESCHENKO O.A., POLEYEV A.V.

Key words: children, anorectal abnormalities, surgical treatment

© Коллектив авторов, 2010
УДК: 616-053.2; 616-053.3; 616.6

ДВУХЭТАПНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНОГО ЛОСКУТА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

А.А. Суходольский², С.Н. Зоркин¹, А.В. Апакина¹

¹Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

²Люберецкая детская больница, Московская область

Несмотря на большое количество предложенных методик оперативной коррекции, лечение гипоспадии до сих пор остается одной из самых сложных проблем в детской урологии из-за высокого процента осложнений [1]. В 80-90-е годы прошлого столетия, сначала в клиниках Западной Европы и Америки, а потом и в нашей стране на смену этапным операциям лечения гипоспадии пришли одномоментные методики [2]. Однако при тяжелых проксимально-стволовых формах процент неудовлетворительных результатов, как функциональных, так и косметических, остался по-прежнему высоким. Многие авторы

вернулись к двухэтапным операциям, но с использованием свободных лоскутов (слизистая щеки, губы или внутреннего листка крайней плоти) для создания новой уретральной пластиинки [1].

Целью нашей работы явилась оценка эффективности результатов хирургического лечения гипоспадии у мальчиков с использованием свободного внутреннего кожного лоскута препуция по методике Bracka при тяжелых формах гипоспадии.

Материал и методы. За период с 2005 по 2010 г. нами были обследованы и прооперированы 72 мальчика в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. Из них у 32 пациентов отмечалась стволовая форма. У 40 детей – проксимально-стволовая форма. В группу сравнения вошли 84 мальчика, которым коррекция гипоспадии выполнялась одноэтапными методиками Hodgson III (42 больных), Dukket (30 больных) и Mathieu (12 больных).

Первый этап операции проводился пациентам в возрасте от 8 месяцев до 2,5 года. После выпрямле-

Зоркин Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением Научного центра здоровья детей РАМН, тел.: 8 (499) 134-01-83, 8 (985) 774-41-36; e-mail: zorkin@nczd.ru.