Марат Оспанов атындағы БҚММУ
КОНФЕРЕНЦИЯ СЕРИЯСЫ

III том 2018

Меншік иесі - «Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті» ШЖҚ РМК

ҚР Ақпарат және коммуникация министрлігіне 15.06.2017 ж. тіркеліп, №16576-Ж куәлігі берілген.

Бас редактор: Е.Ж. Бекмұхамбетов
Бас редактордың орынбасары:
Г.А. Смағулова
Жауапты шығарушы редактор:
Г.С. Дильмагамбетова
Техникалық редактор: С.Д. Оразов
Корректорлар: С.Ұ. Тоғызбаева
Л.Т. Татанова
А.С. Каримсакова

Редакция және баспахана мекенжайы:
030019, Ақтөбе қаласы,
Маресьев к., 68,
морфологиялық корпус, 116-каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Шыққан күні: 11.01.2018
Таралымы 500 дана.
Тапсырыс № 001023

Редакциялық баспа орталығында басылып түптелді

РЕДАКЦИЯЛЫҚ ҰЖЫМ

К.Б. Абдрахманов
Т.А. Джаркенов
Б.К. Дженалаев
А.Н. Жұмабаева
М.К. Изтлеуов
Н.М. Мавлюдова
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
А.Т. Тайжанов
А.Б. Тусупкалиев
Б.Т. Тусупкалиев
Т.Ж. Үмбетов
Н.И. Изимбергенов

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС

С.К. Ақшолақов (Қазақстан)
Ж.А. Арзықұлов (Қазақстан)
А.К. Байгенжин (Қазақстан)
В.М. Боев (Ресей)
В.В. Власов (Ресей)
Ж.А. Досқалиев (Қазақстан)
Р.С. Кузденбаева (Қазақстан)
G. Macchiarelli (Италия)
S.A. Nottola (Италия)
С.Л. Плавинский (Ресей)
А.Г. Румянцев (Ресей)
К.К. Сабыр (Казақстан)
Б.Д. Сексенбаев (Қазақстан)
М.К. Телеуов (Қазақстан)
Т.Ш. Шарманов (Қазақстан)

ЖАРИЯЛАНЫМҒА ЖАУАПТЫЛАР

А.Б. Тусупкалиев
С.П. Досмагамбетов
Ж.Т. Баубеков

СЕРИЯ КОНФЕРЕНЦИЙ
ЗКГМУ имени Марата Оспанова

III том 2018

Учредитель - РГП на ПХВ
«Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова»

Свидетельство о постановке на учет №16576-Ж от 15.06.2017 г. выдано Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан.

Главный редактор: Е.Ж. Бекмухамбетов
Заместитель редактора: Г.А. Смагулова
Ответственный выпускающий редактор: Г.С. Дильмагамбетова
Технический редактор: С.Д. Оразов
Корректоры: С.У. Тогызбаева
Л.Т. Татанова
А.С. Каримсакова

Почтовый адрес редакции и типографии:
030019, г. Актобе,
ул. Маресьева, 68,
морфологический корпус, 116 каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Дата выпуска: 11.01.2018
Тираж 500 экз.
Заказ № 001023

Отпечатано в Редакционно-издательском центре

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

К.Б. Абдрахманов
Т.А.Джаркенов
Б.К. Дженалаев
А.Н. Жумабаева
М.К. Изтлеуов
Н.М. Мавлюдова
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
А.Т. Тайжанов
А.Б. Тусупкалиев
Б.Т. Тусупкалиев
Т.Ж. Умбетов
Н.И. Изимбергенов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.К. Акшолаков (Казахстан)
Ж.А. Арзыкулов (Казахстан)
А.К. Байгенжин (Казахстан)
В.М. Боев (Россия)
В.В. Власов (Россия)
Ж.А. Доскалиев (Казахстан)
Р.С. Кузденбаева (Казахстан)
G.Macchiarelli (Италия)
S.A. Nottola (Италия)
С.Л. Плавинский (Россия)
А.Г. Румянцев (Россия)
К.К. Сабыр (Казахстан)
Б.Д. Сексенбаев (Казахстан)
М.К. Телеуов (Казахстан)
Т.Ш. Шарманов (Казахстан)

ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВЫПУСК

А.Б. Тусупкалиев
С.П. Досмагамбетов
Ж.Т. Баубеков

Құрметті Булат Канапьянович!

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің ұжымы Сізді шын жүректен мерейлі 70 жасыңызбен құттықтайды.

Булат Канапьянович, Сіз жүріп өткен шығармашылық жолыңызда отандық медицина тарихында өзіңіздің жарқын ізіңізді қалдырудасыз. Сіз медицина ғылымдарының докторы, профессор атанып, өзіңізді талантты ғалым ретінде таныттыңыз, Ақтөбе облысында балалар эндоскопиялық хирургиясын дамыта отырып, қабілетті және шебер маман ретінде көрсете білдіңіз.

Сіздің жетекшілігіңізбен Балалар хирургиясы кафедрасы клиникаға заманауи және патогенетикалық негізделген балалардың әртүрлі ауруларымен даму бұзылыстарын емдеу әдістері енгізілді. Сол технологиялардың арқасында жүздеген немесе мыңдаған кішкентай пациенттердің өмірлері құтқарылды.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің профессорлық-оқытушылық құрамы Сіздей балалар хирургиясы мен травматологиясының Ақтөбе ғылыми-практикалық мектебінің негізін қалаушы және ұйымдастырушысын мақтан тұтады. Сіздің ғылыми жетекшілігіңізбен балалар хирургиясының өзекті мәселелері бойынша диссертациялар қорғалды. Сіздің ғылыми зерттеулеріңіздің қорытындылары Қазақстанның, Ресейдің және алыс шетелдердің ірі ғылыми форумдарында бірнеше рет баяндалып, еліміздің медицина ғылымының мәртебесін биіктен көрсетіп жүр. Сіздің кәсіби тәжірибеңіз бен ұсыныстарыңыз дәрігерлер үшін өте құнды және олардың жұмысына бағыт беріп нұсқау болып табылады.

Сіздің шәкірттеріңіз бен ізбасарларыңыздың бойына дарытып жүрген адамгершілік пен кәсібилік тәрбиеңіз өз жемісін береді және шәкірттеріңіз Сіздің бастамаларыңызды одан да биік белестерге көтереді деген сенімдеміз.

Сізге алда шығармашылық табыстар, мықты денсаулық және отбасы берекесін тілейміз!

Марат Оспанов атындағы
Батыс Қазақстан мемлекеттік
медицина университетінің
ректоры Бекмухамбетов Е.Ж.

Булат Канапьянович
ДЖЕНАЛАЕВ

медицина ғылымдарының докторы, профессор,
“Жыл дәрігері” номинациясы бойынша
“Алтын адам” ұлттық премиясының лауреаты,
“Ақтөбе облысының жыл адамы - 2015” атағының иегері

доктор медицинских наук, профессор,
лауреат национальной премии
«Алтын Адам» в номинации «Врач года»,
“Человек года Актюбинской области - 2015”

Медицина ғылымдарының докторы, профессор
Б.Қ. Дженалаевтың 70 жылдық мерейтойына арналған
«БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ
ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ»
атты халықаралық қатысумен республикалық
ғылыми-практикалық конференциясы

Республиканская научно-практическая
конференция с международным участием
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»,
посвященная 70-летнему юбилею доктора медицинских наук,
профессора Б.К. Дженалаева

УДК 614.254:617-053.2

А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ

ЖИЗНЬ, ПОСВЯЩЕННАЯ ДОБРУ, ДЕТЯМ И СЛУЖЕНИЮ ХИРУРГИИ

Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова
Актобе, Казахстан

Биография детского хирурга Дженалаева Булата Канапьяновича - профессора кафедры детской хирургии Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, долгие годы бессменного внештатного детского хирурга Актюбинского областного управления здравоохранения, безотказного консультанта медицинских учреждений Западного региона Казахстана является примером становления врача-новатора, ученого, интеллигента, образцом постоянства, верности профессии, долгу.

Дженалаев Булат Канапьянович родился 2 января 1948 года в селе Асерчево Зеленовского района Западно-Казахстанской области. Родители - Канапья Кинчегереевич и Улбике Сисеновна - простые сельские труженики, своим неустанным трудом, жаждой к самосовершенствованию, любовью к людям прошли интересный жизненный путь. Отец, начав работать учетчиком тракторно-полеводческой бригады колхоза, секретарем сельсовета, агрономом, председателем колхоза, вырос до заместителя председателя райисполкома, секретаря райкома. В связи с частыми по долгу службы переездами Булату Канапьяновичу часто приходилось менять школы.

В 1965 году он закончил 11-ый класс Переметнинской средней школы. Деревенский целеустремленный мальчик не мог и предположить, что его жизненный путь будет многогранным, плодотворным и значимым. Природная любознательность, упорство, желание познать неизведанное привели его в медицину. В 1971 году закончил с отличием лечебный факультет Актюбинского государственного медицинского института. Будучи студентом, он был активным кружковцем кафедр нормальной анатомии, патологической физиологии, хирургии, занимался в спортивных секциях, руководил работой комитета комсомола курса, активно посещал музыкальный салон.

После окончания института работал ординатором во впервые открытом хирургическом отделении областной детской больницы г. Актюбинска. Работать было неимоверно трудно, ощущался недостаток знаний по педиатрии и в особенности хирургии детского возраста. В 1972 году во время специализации на кафедре детской хирургии Центрального Института усовершенствования врачей в г. Москве был впечатлен знаниями, творческой работой, совершенством коллектива детских хирургов, руководимых одним из виднейших хирургов-интеллектуалов, профессором Станиславом Яковлевичем Долецким. Это поставило окончательную точку в выборе профессии - быть детским врачом, детским хирургом, работать, постоянно совершенствуясь, оказывать всевозможную помощь детям.

В 1973 году, заметив трудолюбивого, инициативного, пытливого молодого детского хирурга, заведующий курсом детской хирургии, доцент Э.П. Рудин пригласил его на должность ассистента в Актюбинский государственный медицинский институт. Интенсивная, разноплановая хирургическая практика, преподавательская деятельность в определенной степени способствовали профессиональному росту, но не в полной мере. Стремление к знаниям и к совершенствованию, страстное желание перенять опыт лучших специалистов великой страны стало заветной мечтой Дженалаева Б.К., и эта мечта осуществилась.

В 1978 году он поступает в аспирантуру Научно-исследовательского института педиатрии Академии медицинских наук СССР (г. Москва). Годы обучения в аспирантуре дали прочные знания, привили любовь к науке, развили навыки педагогической и лечебной деятельности - накопленный опыт и знания помогают ему в повседневной работе. Научная работа, участие в хирургических операциях, клинических конференциях, посещение научных обществ, общение с корифеями педиатрической хирургии, академиками, заслуженными деятелями науки, лауреатами Государственных премий, профессорами Ю.Ф.Исаковым, А.Г. Пугачевым, А.И. Ленюшкиным, Г.А. Баировым, Л.М. Рошалем, Э.А.Степановым, А.Т.Пулатовым, К.С. Ормантаевым, П.К. Яцык, А.Ф. Дроновым и др. дали неоценимый потенциал для дальнейшей профессиональной деятельности.

В 1981 году Дженалаевым Б.К. под руководством заслуженного деятеля науки СССР, профессора А.И. Ленюшкина была досрочно защищена кандидатская диссертация на тему «Отдаленные результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей», в которой были определены причины неудовлетворительных исходов операций, способы коррекции, отмечена важнейшая роль реабилитационных мероприятий. Через 15 лет в г. Москве Булат Канапьянович успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Патогенетические основы лечения гнойной хирургической инфекции у детей первых трех лет жизни». На основании анализа обширного клинического материала, параклинических исследований им была выявлена роль аэробно-анаэробных ассоциаций в возникновении генерализованной гнойной хирургической инфекции у детей, установлены критерии диагностики, разработаны комплексные методы лечения, предложены новые схемы антибактериальной терапии и пути их введения. Внедрение в клиническую

практику новых методов лечения по результатам проведенных им научных исследований позволило снизить послеоперационную летальность, улучшить в целом результаты терапии. В 2000 году ему присвоено звание профессора. С 1997 года по 2001 год был деканом педиатрического факультета Актюбинской государственной медицинской академии. Следует отметить, что Булат Канапьянович прошел путь от ординатора детского хирургического отделения до руководителя хирургической клиники, работая в одной и той же больнице.

Как специалист, детский хирург Дженалаев Б.К. оказывает неоценимую помощь органам здравоохранения Западного Казахстана. При непосредственном участии и руководстве Дженалаева Б.К. в Актюбинской области на базе областной детской клинической больницы были открыты первое в Республике Казахстан и СНГ отделение лапароскопической хирургии, отделение травматологии и ортопедии, Межобластной Центр хирургии новорожденных, расширено отделение анестезиологии и реанимации. Дженалаевым Б.К вместе с сотрудниками кафедры и клиники Т.Ж. Султанбаевым, В.А. Больбат, В.И. Котлобовским, С.П. Досмагамбетовым, Б.С. Ормановым, Н.Р. Рахметовым, А.М. Байменовым, А.Е. Ергалиевым, К.Ж. Альтаевым, К.Т. Сатаевым, М.Т. Ильясовым, Ж.Т. Баубековым, Р.А. Кенжалиной, Б.Б. Медетбаевым, Ж.К. Нармухамедовым, К.Ж. Сатыбалдиевым внедрены в практику здравоохранения диагностическая и оперативная лапароскопия, лимфологические методы лечения и ультрафиолетовое облучение крови при гнойной хирургической инфекции, хирургические методы лечения заболеваний крови, расширен объем помощи новорожденным с хирургической патологией. Благодаря работе Дженалаева Б.К. и сотрудников кафедры, в клинике за последние 20 лет отсутствует летальность при экстренной хирургической патологии, в два раза снижена смертность при пороках развития у новорожденных, активно внедряются инновационные технологии в детской хирургии.

Дженалаев Б.К. ежегодно организует мастер-классы в областных центрах Западного Казахстана с проведением уникальных показательных операций у детей с наиболее сложной патологией желудочно-кишечного тракта и врожденными пороками. В клиниках городов Актау, Атырау и Уральска им проведены до 200 наиболее сложных оперативных вмешательств.

Его имя известно в Казахстане, ближнем и дальнем зарубежье по выступлениям на съездах, конференциях, симпозиумах, по публикациям в периодической печати. Бесценный опыт научного руководителя, профессора А.И. Ленюшкина в редактировании статей, монографий, учебной литературы был взят на вооружение Булатом Канапьяновичем. Им успешно были подготовлены 3 доктора и 8 кандидатов медицинских наук, он был оппонентом 10 докторских и 15 кандидатских диссертаций. Успешные защиты диссертаций аспирантов, соискателей, добросовестная, бескомпромиссная оценка их вклада в науку позволили судить о Дженалаеве Б.К. как о принципиальном, квалифицированном оппоненте.

В течение ряда лет он был членом Диссертационных Советов Научного Центра педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) и Национального Научного Центра материнства и детства (г. Астана).

Основными направлениями научно-исследовательской работы кафедры детской хирургии является лечение гнойной хирургической инфекции у детей, инновационные технологии в детской хирургии и хирургии новорожденных. Дженалаев Б.К. является автором более 200 научных работ: тезисов, статей, методических рекомендаций, 20 авторских свидетельств и патентов на изобретение. Изобретение «Способ химиотерапии эхинококкоза у детей» признано лучшим изобретением 2010 года Республики Казахстан.

Опытный педагог, клиницист, Булат Канапьянович участвовал в разработке типовых учебных программ и государственных стандартов по детской хирургии, клинических протоколов по специальности.

Булат Канапьянович пользуется заслуженным авторитетом среди профессорско-преподавательского состава медицинского университета, практического здравоохранения, общественности города и области.

Дженалаев Б.К. - детский хирург высшей квалификационной категории, Отличник Здравоохранения Республики Казахстан, награжден нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі», медалью Н.И. Пирогова, благодарственными грамотами, письмами телерадиокомпании КТК, акима и маслихата Актюбинской области. В 2015 году ему присвоено звание «Алтын адам» в номинации «Врач года» Республики Казахстан и «Человек года Актюбинской области - 2015».

Вместе с супругой, врачом высшей квалификационной категории по лучевой диагностике Тамарой Рахметовной, прошедшей в свое время основательную клиническую подготовку в Научном Центре онкологии (г. Москва), работавшей до последних дней жизни в практическом здравоохранении, дали образование и воспитали двоих сыновей. Старший - Дамир Булатович, детский хирург высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук, работает заместителем директора по клинической работе Корпоративного Фонда «Universal Medical Center» Национального Научного Центра Материнства и Детства (г. Астана). Младший сын – Талгат Булатович - военный врач, подполковник медицинской службы, работает в Военном госпитале г. Актобе начальником приемного отделения. Сноха, Салтанат Мухамбетпанакызы – руководитель диализного Центра (г. Астана). Подрастающеее поколение семьи Дженалаевых, внуки Нурбек, Нурали, внучка Альмира

подают большие надежды на продолжение врачебной династии.

Уважение и любовь медицинской общественности города, области, Западного региона Республики, пациентов, коллег Булат Канапьянович заслужил не только своими профессиональными успехами, научными достижениями, ежедневной, скрупулезной работой педагога и наставника, многолетней практической и консультативной работой, даром организатора, но и чутким, внимательным, родительским отношением к детям, подрастающему поколению, заботой о них, чрезвычайно глубокой социальной ответственностью врача и педагога современности и замечательными личностными качествами.

Накануне славного Юбилея от имени учеников, коллег, сердечно поздравляя нашего уважаемого Учителя, желаем ему крепкого здоровья, чтобы хватило до столетнего юбилея, силы и воли, чтобы укреплять себя физически и духовно! Желаем процветания, благополучия и творческих успехов!

УДК 616.354-053-08

Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ, Р.А. КЕНЖАЛИНА, А.Е. ЕРГАЛИЕВ,
С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, Ж.Т. БАУБЕКОВ

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

Западно-Казахстанский государственный университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация. В работе представлен опыт диагностики, клинического обследования и оперативного лечения 120 детей с болезнью Гиршпрунга. Возраст детей от 5-ти месяцев до 5-ти лет, мальчиков было 102, девочек-18. С целью диагностики применялись контрастная ирригоскопия с ирригографией, УЗИ, МРТ. КТ. Операция Соаве-Ленюшкина выполнена 105-ти больным, 15-ти пациентам выполнена рассматриваемая в последние годы большинством детских хирургов как «золотой стандарт», операция Джордсона. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах в сроки от 6-ти месяцев до 15-ти лет проведено катамнестическое обследование более половины пациентов. Настоящим установлено более «мягкое» клиническое течение заболевания, увеличение ректальной формы болезни частым присоединением Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита. У детей, оперированных по Соаве-Ленюшкину, хорошие результаты получены в 83%, удовлетворительные – в 13%, неудовлетворительные - в 4%. Достоверной разницы в результатах операции Соаве-Ленюшкина и Джордсона не отмечено. Резидуальные функциональные отклонения встречаются у одной трети оперированных. Доказана насущная необходимость реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *Болезнь Гиршпрунга, клиническое течение, хирургическое лечение, результаты.*

Актуальность. Вопросы хирургического лечения болезни Гиршпрунга до настоящего времени остаются актуальными в детской хирургии, о чем свидетельствуют многочисленные публикации, посвященные разработке новых методов диагностики, способов оперативного лечения, оценке результатов хирургической коррекции этого тяжелого порока развития толстой кишки [1].

Известно, что частота данного порока составляет 1:4000, 1:5000 новорожденных детей. Соотношение мальчиков и девочек примерно 5 к 1.

Чаще всего поражается ректосигмоидная зона. Наиболее тяжелой формой считается тотальная, при которой аганглиоз отмечается во всей толстой и дистальных отделах подвздошной кишки.

В вопросах этиопатогенеза, классификации порока развития толстой кишки, сущности операции разночтения у специалистов не наблюдаются.

Однозначно всеми признается, что болезнь обусловлена врожденным отсутствием ганглионарных клеток парасимпатического нервного сплетения в межмышечном слое толстой кишки, создавая зону препятствия продвижению кишечного содержимого. Все предложенные операции направлены на резекцию аганглионарной зоны с созданием колоректального анастомоза.

Методы диагностики, способы и сроки оперативной коррекции болезни Гиршпрунга, оценка результатов хирургического лечения являются предметом непрекращающихся дискуссий на страницах медицинской печати, а также на представительных форумах детских хирургов, в том числе международных [2].

Цель исследования: изучить клиническое течение болезни Гиршпрунга в современных условиях, оценить применяющиеся методы диагностики, провести сравнительную оценку традиционных и инновационных методов хирургического лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Материал и методы исследования.

Обследовано до оперативной коррекции болезни Гиршпрунга в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах 120 детей в возрасте от 5-ти месяцев до 5-ти лет (лиц мужского пола было 102, женского – у 18).

При обследовании уделяли внимание физическому статусу, состоянию психоэмоциальной сферы, пальцевому исследованию прямой кишки обследуемых, характеру и частоте стула. Проводились антропометрические измерения, сфинктерометрия, УЗИ, МРТ, КТ, рентгенологические и гистоморфологические исследования желудочно-кишечного тракта до и после операции, что позволило точно определиться в диагнозе и изучить эвакуаторную функцию и участие оставшихся отделов толстой кишки в процессах адаптации, компенсации.

С 1981 по 2016 год нами прооперировано 120 детей с болезнью Гиршпрунга в возрасте от 6-ти месяцев до 5-ти лет.Операция Соаве-Ленюшкина применена у 105-ти больных, с 2013 года 15-ти пациентам выполнена операция Джордсона. Возраст оперированных по первой методике от 1,5 до 5 лет. Операция Джордсона проводилась детям от 6-ти месяцев до 1-го года. Авторы, применявшие операцию Джордсона, отмечают, что она совмещает в себе радикальность, меньшую травматичность при хирургическом лечении аганглиоза толстой кишки у детей, проходит с меньшей кровопотерей, обеспечивает быстрое восстановление физической активности, уменьшает сроки адаптации и реабилитации и рассматривается как «золотой стандарт» в лечении болезни Гиршпрунга.

Результаты исследования.

За последнее десятилетие клиническая картина болезни Гиршпрунга претерпела изменения, стала более мягкой, наряду с основными симптомами

болезни: запорами, вздутием живота, стала чаще встречаться диарея.

Изменились в определенной мере и сроки появления первого раннего основного признака болезни – отсутствие меконеального, переходного и желтого кашицеобразного стула. После рождения, в первые дни и недели задержка стула отмечалась у 85-90% новорожденных, в возрасте от 1-го месяца до полугода у 3-7%, от 6-ти до 12-ти месяцев - в 2% и после года - в 1%.

Нам представляется, что сроки появления запоров и их последующий характер зависят от гестационного возраста новорожденного, длины аганглионарного сегмента, характера вскармливания, компенсаторных возможностей толстой кишки. Стойкие, упорные запоры чаще встречаются после введения прикорма. Они с трудом разрешаются консервативными мерами. В первом полугодии, когда ребенок находится полностью на грудном вскармливании, стул «грудной», который без труда проходит через суженную, аперистальтирующую зону, благодаря имеющимся компенсаторным возможностям здоровых отделов толстой кишки и уходу. Введение прикорма, искусственное вскармливание, ненадлежащий уход, истощение компенсации приводит к прогрессированию запоров, а в ряде случаев, к кишечной непроходимости, трудно разрешимой консервативными мероприятиями.

Нами определено, что запоры у больных грудного возраста в большинстве случаев по 1-2 дня, у детей старшего возраста продолжительностью 3-4 дня. Эффективность консервативных мероприятий (очистительные клизмы, массаж живота, введение газоотводной трубки) зависит от регулярности, систематичности предпринимаемых родителями мер. В большинстве случаев удается удержать состояние больных в стадии компенсации, реже болезнь переходит в субкомпенсированную и еще реже в декомпенсированную, что мы связываем, безусловно, с развитием специализированной службы, ранней диагностикой, санитарной культурой населения, работой первичного звена медицинских учреждений.

Проведенные исследования свидетельствуют, что непременными. остаются 2 признака болезни – хронический запор и метеоризм, причем эти симптомы не всегда бывают сразу после рождения. Реже стали встречаться изменения конфигурации в виде «лягушечьего живота», определяемой на глаз, «валов» толстой кишки. Вторичные изменения: анемия, гипотрофия, развернутый реберный угол, каловые камни, боли в животе, связанные с ним беспокойство и рвота, стали менее выраженными, легче компенсируемыми консервативными мероприятиями. Эти благоприятные изменения мы связываем с улучшением ранней диагностики, а также с увеличением частоты встречаемости ректальной (короткой и ультракороткой) зоны аганглиоза, что облегчает консервативные мероприятия до оперативной коррекции. Однако следует отметить, что не всегда клиническая картина болезни Гиршпрунга целиком и полностью зависит от распространенности аганглионарной зоны. Наши наблюдения свидетельствуют, что в ряде случаев больные с длинной аганглионарной зоной поступали в клинику в сравнительно удовлетворительном состоянии, т.е. в стадии компенсации и, наоборот, тяжелые субкомпенсированные и декомпенсированные стадии наблюдались при ректальной форме и ультракоротком сегменте.

На сегодняшний день диагностика болезни Гиршпрунга в большинстве своем не трудна: ретроградное контрастирование толстой кишки бариевой взвесью и рентгенография позволяют поставить диагноз. Наличие суженной зоны, расширение вышележащего отдела в виде воронкообразного перехода являются достоверными патогномоничными признаками имеющейся болезни. Затруднения возникают при ректальной форме болезни и особенно при ультракоротком сегменте ее. В данных случаях возникает необходимость в дополнительных исследованиях: УЗИ, МРТ, КТ и биопсия слизистой с определением тканевой ацетилхолинэстеразы, определение ганглионарных клеток парасимпатического сплетения. Обилие дополнительных методов, проводимые колодинамические, электромиографические исследования не гарантируют 100% достоверности. Возможна гипер- и гиподиагностика болезни. Достоверности можно добиться при тщательном изучении анамнеза, клинического наблюдения и сопоставления всех имеющихся рентгенологических, ультразвуковых, функциональных и гистохимических исследований. Многолетняя концентрация колопроктологических больных в одном стационаре, нарастание опыта работы персонала, появление новых инновационных технических возможностей предопределила значительный прогресс в сокращении летальности, улучшении функциональных результатов лечения.

Обсуждение полученных данных.

Сорокалетний опыт работы с данным контингентом больных показал, что общие тенденции начальных проявлений и динамики клинической картины сохраняются. Однако могут быть изменения симптоматики у одних и тех же больных в сторону прогрессирования и наоборот. Принимая во внимание имеющиеся классификации: острая, подострая, хроническая формы, мы в своей практике больше придерживаемся стадийности болезни, выделяя компенсированную, субкомпенсированную, декомпенсированную. Такая аргументация позволяет после установления диагноза и наблюдения за динамикой клинической картины каждого больного выбрать оптимальные сроки для проведения операции.

В наших наблюдениях 80% пациентов находились в стадии компенсации, 15% - в состоянии субкомпенсации и лишь 5% - в декомпенсированной.

Дети с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга поступали чаще всего из родильного дома, после выписки из роддома или из отдаленных районов региона, где консервативные мероприятия не проводились в полной мере или вообще не проводились, что не давало желаемого эффекта. Всем им накладывалась временная колостома. Последняя сформировывалась в переходной зоне в виде раздельной по Пенья. Вопрос о радикальной операции, методах ее, сроках проведения на сегодняшний день стоит на повестке дня. Анализ литературы свидетельствует, что имеется тенденция смещения нижней границы возраста проведения операции от периода новорожденности до 1 года. Обоснованность этого объясняется трудностями ухода, обязательным проведением консервативных мероприятий, отсутствием эффекта от проводимых лечебных мер, ожидаемыми осложнениями, присоединением диарей. В ряде случаев родители упорно настаивают на раннем проведении оперативного вмешательства. Возражениями против сдвига сроков операции к этому возрасту являются повышенный операционный риск, трудности определения границы аганглиоза и супрастенотическго расширения, технические моменты, всевозможные пороки со стороны других органов и систем. При комплексном исследовании результаты лечения оценивали по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими считали результаты у лиц, не предъявляющих жалоб, хорошо удерживающих стул и газы, имеющих регулярный самостоятельный стул, ничем не отличающиеся от сверстников и ведущие образ жизни, соответствующий возрасту; удовлетворительными - в тех случаях, когда на фоне общего хорошего развития и регулярного самостоятельного стула эпизодически появлялся запор или отмечалось непроизвольное отхождение небольших порций кала до 3-4 раз в сутки; неудовлетворительными – при более или менее постоянном неудержании кала и газов, учащении стула до 5-6 раз в сутки, рецидив болезни или полное недержание кала и газов. Среди обследованных нами пациентов, оперированных по методу Соаве-Ленюшкина, хорошие результаты отмечены у 100 (83%), удовлетворительные- у 15 (13%), неудовлетворительные - в 5(4%) случаях, ранее погибли 2 ребенка по причинам, не связанным с техникой операции. Следует заметить, что более или менее выраженные функциональные расстройства дефекации отмечались у 1/3 оперированных. В группе оперированных в возрасте до 1-го года по методу Джордсона отмечается несколько больший процент хороших результатов 86%), удовлетворительные-14%,неудовлетворительных результатов не зафиксировано. Однако и в этой группе отмечались функциональные отклонения. Проведенные наблюдения показали, что причин функциональных отклонений после радикального лечения болезни Гиршпрунга может быть несколько. Эпизодический запор, неудержание кала могут быть связаны с недостаточной резекцией супрастенотически расширенной кишки, возможным гипоганглиозом этих отделов, что подтверждено рентгенологическими и электромиографическими исследованиями, отсутствие гаустрации и снижение перистальтики в нижних отделах низведенной кишки, отсутствие полного опорожнения сформированной прямой кишки.

Удельный вес хороших и удовлетворительных результатов повышается со временем продолжительности наблюдения и проводимыми целенаправленными реабилитационными мероприятиями. У 15-ти больных четкой зависимости функциональных отклонений от оперативной тактики и возраста установить не удалось. В большей степени это относится к группе обследованных с удовлетворительными результатами. Комплексные обследования показали, что эта группа в физическом и психическом развитии не отличается от сверстников. Пальцевое исследование у них не позволило выявить слабости сфинктера или резидуального стеноза, с чем предположительно связывают причину запора или длительного неудержания кала и газов. Однако рентгенологически толстая кишка остается несколько расширенной, гипотоничной, гаустрация как при заполнении, так и при опорожнении от бариевой взвеси выражена слабо, опорожнение неполное. Исходя из клинико-рентгенологических данных, можно считать, что причина длительных функциональных расстройств у детей этой группы заключается в замедленном развитии компенсаторных процессов, обусловленном функциональной неполноценностью оставшихся отделов толстой кишки.

В связи с этим большое значение приобретает вопрос о восстановительном периоде после радикальных коррегирующих операций при болезни Гиршпрунга. Продолжительность его зависит от ряда факторов: возраста оперируемого, полученных им навыков опорожнения кишечника, формы заболевания, распространенности аганглиоза и гипоганглиоза. Точно установить рамки восстановительного периода не представляется возможным. Если минимальный срок после операции можно назвать более менее точно - 6 месяцев – 1 год, то максимальный варьирует в широких пределах, вплоть до взрослого состояния [3].

Изменения консистенции и частоты стула считаются одним из основных критериев, используемых большинством исследователей для суждения о состоянии кишечника и даже степени компенсации после обширных резекций [4]. Среди обследованных нами пациентов в первый месяц после операции практически у всех больных отмечалось учащение стула до 5-10 раз в сутки, что особенно выражено у лиц, перенесших обширную резекцию толстой кишки в возрасте до 3 лет. Затем частота стула в пределах 3-5 раз в сутки держалась до 4-6 месяцев, а в дальнейшем нормализация деятельности кишечника наступала в разные сроки,диарея, как правило, не наблюдалась. Данное обстоятельство мы связываем с тем, что в ходе

подготовки к операции и послеоперационном периоде большое внимание уделяли состоянию кишечной флоры, т.е лечили Гиршпрунг -ассоцированный энтероколит. Постепенная нормализация стула, по нашему мнению, отражает компенсаторные механизмы оставшихся отделов толстой кишки. Чем больший срок прошел после операции, тем лучше результаты.

Ретроспективный анализ свидетельствует, что примерно лишь половину оперированных можно считать полностью здоровыми к концу 2-го года после операции. В остальных наблюдениях адаптационно-компенсаторные процессы развиваются более медленно. Это подтверждает, в частности, рентгенологическое исследование: нормализация диаметра толстой кишки и ее тонуса происходит постепенно, в течение нескольких лет.

Реабилитационные мероприятия, направленные на быстрейшую нормализацию функции пищеварительного тракта, должны быть строго индивидуализированными и включать психотерапию, ЛФК, тренировочные клизмы, бужирование вновь созданной прямой кишки, электростимуляцию кишечника и мышц промежности.

Среди обследованных нами пациентов реабилитационные мероприятия проводились у 42-х, нерегулярно и не в полной мере – у 58-ми, вообще не проводились у 20-ти детей. При этом четко прослеживается закономерность: у больных, которым эти мероприятия проводились, нормализация функции кишечника клинически наступала в более короткие сроки.

Выводы:

1.В клинической картине болезни Гиршпрунга у детей произошли изменения: увеличился процент ректальной формы заболевания, соответственно, проявления болезни стали «мягче», чаще стал встречаться Гиршпрунг-ассоцированный энтероколит.

2. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения болезни Гиршпрунга у детей вне зависимости от метода имеют характер резидуальных функциональных расстройств деятельности кишечника и связаны с отсутствием дооперационного навыка опорожнения кишечника и замедлением развития адаптационно-компенсаторных процессов на фоне функциональной неполноценности оставшихся после резекции отделов толстой кишки.

3. Послеоперационный восстановительный период длится от 5-6 месяцев до нескольких лет. Для ускорения нормализации деятельности кишечника необходимо проводить программированные реабилитационные мероприятия.

Список литературы:

1. Разумовский, А.Ю. Эндохирургические операции у новорожденных / А.Ю. Разумовский, О.Г. Мокрушина. - М.: Медицинское информационное агентство, 2015. - 344 с.
2. Видеоассистированные операции в коррекции болезни Гиршпрунга у детей / ДроновА.Ф. [и др.] // Хирургия. – 2009. - №6. – С. 50-53.
3. Совершенствование методов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей / Н.Н. Ахпаров [и др.] // Педиатрия и детская хирургия. – 2016. - №3. - С. 255-256.
4. Primaru laparoscopic – assisendendorektal colon pull-through for Hirschsprungs disease a new gold standard / K.E. Georgeson et al. // Ann. Surg - 1999. - Vol.229. - P. 678-683.

ТҮЙІН

Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ,
Р.А. КЕНЖАЛИНА, А.Е. ЕРГАЛИЕВ,
С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, Ж.Т. БАУБЕКОВ

БАЛАЛАРДАҒЫ ГИРШПРУНГ АУРУЫ: ДӘСТҮРЛЕР МЕН ИННОВАЦИЯЛАР

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Жұмысымызда Гиршпрунг ауруымен ауырған 120 баланың диагностикалық тәжірибесі, клиникалық тексеру мен оталау емі көрсетілген. Жасы 5 айдан бастап 5 жасқа дейін 102 ер бала, 18 қыз бала қатысты. Диагностика мақсатында контрастты ирригоскопия иррографиямен, УДЗ, МРТ, КТ қолданылды. Соаве – Ленюшкина отасы 105 науқасқа жасалған, соңғы жылдары көптеген балалар хирургтары «алтын стандарт» деп қарайтын Джордсон отасы 15 науқасқа жасалды. Жақын және алшақ отадан кейінгі

SUMMARY

B.K. JENALAYEV, V.I. KOTLOBOVSKY,
R.A. KENZHALINA, A.E. YERGALIYEV,
S.P. DOSMAGAMBETOV, ZH.T. BAUBEKOV

HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN: TRADITIONS AND INNOVATIONS

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The work presents the experience of diagnosis, clinical examination and surgical treatment of 120 children with Hirschsprung disease. The age of children was from 5 months to 5 years old, among them were 102 boys and 18 girls. For the purpose of diagnosis, contrast irrigoscopy with irrigography, ultrasound, MRI, CT was used. The operation of Soave-Leniushkin was performed to105 patients. In the near and distant postoperative periods, more than half of the patients underwent follow-up examination in the period from 6 months to 15 years old. This is a

кезеңдерде 6 айдан 15 жасқа дейінгі жартысынан көп науқастарға катамнестикалық зерттеулер жүргізілді. Қазіргі таңда аурудың клиникалық ағымы неғұрлым «жеңіл», аурудың ректальды формасының ұлғаюы, Гиршпрунг – ассоцирленген энтероколитпен жиі бірлескені анықталған. Соаве – Ленюшкин бойынша ота жасалған балаларда жақсы нәтиже – 83% құраса, қанағаттанарлық – 13%, қанағаттанарлықсыз – 4% анықталды. Соаве – Ленюшкин мен Джордсон оталары арасында дәлелді айырмашылық байқалмады. Ота жасалған науқастардың үштен бір бөлігінде резидуальды функционалды ауытқушылық байқалды. Реабилитациялық іс-шаралардың күрт қажеттілігі дәлелденді.

Негізгі сөздер: *Гиршпрунг ауруы, клиникалық ағым, хирургиялық ем, нәтижелер.*

more «soft» clinical course of the disease, an increase in the rectal form of the disease, a frequent addition of Hirschprung-associated enterocolitis. In children operated on Soave-Lenyushkin, good results were obtained in 83%, satisfactory - in 13%, unsatisfactory in 4%. There were no significant differences in the results of the operation of Soave-Lenyushkin and Jordson. Residual functional abnormalities occur in one third of the operated ones. The urgent need for rehabilitation measures is proved.

Keywords: *Hirschsprung's disease, clinical course, surgical treatment, results.*

УДК 616-007.43-053.2-089

Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ[1], В.И. КОТЛОБОВСКИЙ[1,2], А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ[1], С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ[2], Е.В. РОСКИДАЙЛО[1], К.Ж. САТЫБАЛДИЕВ[2]

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ: СМЕНА ПАРАДИГМЫ

[1]Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан
[2]Детская областная клиническая больница, Актобе, Казахстан

Аннотация. В статье приведены результаты 762 лапароскопических пункционных чрескожных герниорафий (PIRS) при паховых грыжах. Интраоперационных осложнений не было. Рецидив грыжи отмечен у 5-ти пациентов. Методика PIRS у детей представляется эффективной, безопасной, надежной и малоинвазивной операцией. Данная методика может применяться в качестве альтернативы лапароскопической и открытой герниопластики паховой грыжи у детей обоего пола и всех возрастных групп.

Ключевые слова: *лапароскопия, пункционная чрескожная герниорафия.*

Актуальность. Проблема паховой грыжи у детей имеет большое значение для практической медицины. Её актуальность объясняется высокой частотой заболевания, которая колеблется от 0,8 до 4,4% [1,2]. Заболевание у мальчиков встречается в 10 раз чаще, чем у девочек [3]. Возникновение врождённой косой паховой грыжи у детей связано с нарушением процесса облитерации вагинального отростка брюшины, которая в норме происходит обычно в сроки 36-40 недель гестации [4,5]. Грыжесечение остаётся одной из самых частых операций у детей, уступая по частоте лишь аппендэктомии. Традиционная «открытая» высокая перевязка шейки грыжевого мешка долгое время являлась золотым стандартом в лечении паховой грыжи у детей, демонстрируя хорошие результаты [6]. Вместе с тем, она не лишена недостатков. К ним относятся возможные осложнения, такие как: послеоперационная дистопия яичка (5%), гематома мошонки, повреждение элементов семенного канатика (1-2%) и раневая инфекция [6]. Кроме того, используя хирургический доступ при паховой грыже, хирург зачастую был вынужден выполнять повторную операцию по поводу грыжи на контралатеральной стороне. Известно, что в 10-40% случаев односторонняя грыжа сопровождается бессимптомной грыжей с противоположной стороны, которая проявляет себя лишь через время [7,8,9]. Поскольку выполнить ревизию контралатеральной стороны из существовавшего доступа невозможно, то в большинстве стран мира протокол хирургического лечения паховой грыжи предусматривал ревизию контралатеральной стороны, которая выполнялась хирургическим доступом.

Fuenfer M.M. в 1996 году предложил применять для осмотра внутреннего кольца пахового канала контралатеральной стороны диагностическую лапароскопию. Это позволило отказаться от его «открытой» ревизии [10]. При этом некоторые авторы, например, Holcomb GW III, для входа в брюшную полость применяли доступ через грыжевой мешок на оперированной стороне. Другие, например, Wulkan ML, выполняли лапароскопию через классический умбиликальный доступ.

Лапароскопическую герниорафию у ребенка впервые в мире в 1995 году выполнил д-р Щебеньков М.В. из Санкт-Петербурга. Автор методики иссекал грыжевой мешок в области внутреннего пахового кольца, а образующийся дефект брюшины ушивал кисетным швом [11]. Отсечение грыжевого мешка, по его мнению, должно было предотвратить образование замкнутой полости, способной вызывать гидроцеле. Позже, на большом клиническом материале он доказал, что герметичное ушивание внутреннего кольца без отсечения грыжевого мешка не приводит к развитию гидроцеле [12,13]. Несмотря на хорошие результаты,

продемонстрированные лапароскопической методикой, хирургическое сообщество подвергло её жесткой критике. Не только хирурги, предпочитавшие в своей практике «открытый» доступ, но даже детские эндохирурги долгое время не использовали лапароскопическую герниорафию, ошибочно полагая, что замкнутый кисетным швом отросток брюшины, которым является грыжевой мешок, неизбежно приведет к развитию гидроцеле. Не стали исключением и эксперты международной ассоциации детских эндохирургов IPEG. Долгие годы лапароскопическая герниорафия была фактически под запретом. Методику развивали отдельные энтузиасты, выполнившие с отличным результатом по несколько тысяч лапароскопических герниорафий [12,14,15,16]. Со временем количество используемых для доступа троакаров было сокращено с трёх до двух. Диаметр инструментов был уменьшен с 5 мм до 3 мм. Для детей старшей возрастной группы разработана методика, предусматривающая пластику задней стенки пахового канала [16]. Но и эта минимально инвазивная технология не стала конечной точкой в развитии хирургии паховой грыжи у детей.

Первые сообщения о чрескожной пункционной герниорафии (PIRS) сделали Takeda H. и Patkovski D. в 2006 году [17,18]. Авторы предложили под контролем телескопа малого диаметра, составлявшего 3 мм, ушивать кисетным швом внутреннее кольцо пахового канала, не входя в брюшную полость, предбрюшинно. При этом не требовалось никаких инструментов, кроме иглы для спинномозговой анестезии по Туохи.

Цель исследования. Изучить наш опыт применения методики лапароскопической пункционной чрескожной герниорафии у детей. Методика лапароскопической «трёхтроакарной» герниорафии применялась нами с 1993 года. За 20 лет в клинике выполнено около 3000 подобных операций детям всех возрастных групп. Методика стала в нашей клинике «золотым стандартом» в лечении паховой грыжи у детей. Однако развитие минимально инвазивных технологий привело к внедрению в клиническую практику методики PIRS.

Материалы и методы исследования. Суть методики PIRS состоит в том, что грыжевые ворота ушиваются иглой Туохи, которая вводится предбрюшинно, через прокол передней брюшной стенки. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Пневмоперитонеум создаём иглой Veress до 12-14 мм рт.ст. Трансумбиликально в брюшную полость вводим 3 мм троакар и 3 мм телескоп. Под контролем зрения иглой Туохи в проекции грыжевых ворот производим чрескожную пункцию передней брюшной стенки. Кончик иглы проводим предбрюшинно. Выполняем гидропрепаровку брюшины в области грыжевых ворот. Иглу Туохи проводим предбрюшинно в области латеральной полуокружности грыжевых ворот. Затем брюшину в нижней точке полуокружности прокалываем, при этом кончик иглы попадает в брюшную полость. Через просвет иглы в брюшную полость вводим конец петли, образованной сложенной вдвое нитью Prolen 3/0. Иглу извлекаем, петлю оставляем. Аналогичным образом иглу Туохи проводим в проекции медиальной полуокружности грыжевых ворот. После чего брюшину прокалываем. Кончик иглы вводим в петлю. Через просвет иглы проводим нить Prolen 2/0, которая попадает в введённую ранее петлю. Иглу извлекаем, нить оставляем. С помощью петли нить Prolen 2/0 протягиваем через латеральную полуокружность грыжевых ворот. При этом кончик нити вытягивается петлёй наружу. Оба кончика нити завязываем, отсекаем и погружаем подкожно. В результате этого грыжевые ворота герметично закрываются созданным кисетным швом. Производим осмотр противоположной стороны. В случае двухсторонней грыжи аналогичную манипуляцию производим на второй стороне. Затем газ из брюшной полости эвакуируем. Троакар извлекаем. Наложения швов на кожу не требуется.

Результаты и их обсуждение. С марта 2014 г. по июнь 2017 г. по описанной методике нами было выполнено 762 лапароскопических пункционных чрескожных герниорафий. Из них 504- у мальчиков и 268 – у девочек. Возраст пациентов колебался от 2 месяцев до 10 лет. У 50% пациентов грыжа располагалась справа, у 31% – слева, у 19% – с двух сторон. Средняя длительность операции составила 12 (±4) минут. Интраоперационных осложнений не было. Рецидивы отмечены в 4-х случаях. Причем 3(3%) из них пришлись на первые 100 операций. И всего 2 (0,5%)- на последующие 402. В одном случае произошло осложнение, связанное с рецидивом паховой грыжи. Произошло длительное ущемление петли подвздошной кишки, что привело к некрозу ее стенки. Для устранения осложнения потребовалась лапаротомия с резекцией участка кишки. Наступило выздоровление. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 1,2 суток.

Выводы. Методика лапароскопической пункционной чрескожной герниорафии у детей является эффективной, безопасной, надежной, малоинвазивной операцией. Она может применяться в качестве альтернативы лапароскопической и открытой герниопластики паховой грыжи у детей обоего пола и всех возрастных групп. Для более точной оценки метода необходимо проведение сравнительного рандомизированного исследования.

Список литературы:

1. Evidence-based change of practice in the management of unilateral hernia / S. Manoharan et al. // J. Pediatr Surg. – 2005. - 40(7). – P. 1163-1166.
2. Inguinal hernia and hydroceles / J.L. Grosfeld et al. // In: Pediatric surgery. - Grosfeld J.L. et al editors. - Philadelphia: Elsivier, 2006. - P. 1172-1192.
3. Lloyd, D. Inguinal and femoral hernia / D. Lloyd / In: Operative pediatric surgery. - Zeigler M et al editors. - New York: Mc.Grow-Hill, 2003. – P. 543-554.
4. Kurkchubasche, A. Unique features of groin hernia repair in infants and children / A. Kurkchubasche, T. Tracy // In: Nyhus and Condon’s hernia. - Fitzgibbons R. et al editors. - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. - P. 435-451.
5. Adopt a wait-and-see attitude for patent processus vaginalis in neonates / A. Toki et al. // J. Pediatr. Surg. – 2003. - 38(9). – P. 1371-1373.
6. 6361 pediatric inguinal hernias: 35-year review / Ein S.H et al. // J. Pediatr. Surg. – 2006. - 41(5). - P. 980-986.
7. Is contralateral exploration necessary in infants with

unilateral inguinal hernia? / R. Surana et al. // J. Pediatr. Surg. – 1993. – 28. – P. 1026-1027.
8. Laparoscopy through the open ipsilateral sac to evaluate presence of contra lateral hernia / M.L. Wulkan et al. // J. Pediatr. Surg. – 1996. – 31. – P. 1174-1177.
9. Laparoscopic evaluation for contra lateral patient processus vaginalis: part II / G.W. Holcomb III et al. // J. Pediatr. Surg. – 1996. – 31. – P. 1170-1173.
10. Laparoscopic exploration of the contra lateral groin in children: an improved technic / M.M. Fuenfer et al. // Laparoendosc. Surg. – 1996. – 6. - S1-S4.
11. Щебеньков, М.В. Лапароскопическая герниоррафия у детей / М.В. Щебеньков // Эндоскоп. хир. – 1995. - № 4. – С. 7-9.
12. Щебеньков, М.В. Преимущества лапароскопической паховой герниорафии у детей / М.В. Щебеньков // Вестн. хир. – 1997. – № 1. – С. 94-96.
13. Schier, F. Laparoscopic surgery of inguinal hernia in children – initial experience / Schier F. // J. Pediatr. Surg. – 2000. – 35. – P. 1331-1335.
14. Montupet, P. Laparoscopic treatment of congenital inguinal hernia in children / P. Montupet, C. Espositi // J. Pediatr. Surg. – 1999. – 34. – P. 420-423.
15. Тусупкалиев, А.Б. Лапароскопическое лечение паховых грыж у детей / А.Б. Тусупкалиев, В.И. Котлобовский, Б.К. Дженалаев [и др.] // Детская хирургия и педиатрия Казахстана. – 2000. - № 3. – С. 7-11.
16. Laparoscopic inguinal hernia repair reinforced by plica umbilicalis medialis in children / V. Kotlobovskiy et al. // Abstracts of XVI IPEG Annual Congress, 2007. – P. 41.
17. Percutaneous internal ring suturing: a simple minimally invasive technique for inguinal hernia repair in children / D. Patkovski et al. // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2006. - 16(5). – P. 513-517.
18. Laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for inguinal hernia in children: clinical outcome of 972 repairs done in 3 pediatric surgical institutions / H. Takeda et al. // J Pediatr Surg. – 2006. - 41(12). – P. 1999-2003.

ТҮЙІН

Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ[1], В.И. КОТЛОБОВСКИЙ[1,2],
А.Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ[1], С.П. ДОСМАҒАМБЕТОВ[2],
Е.В. РОСКИДАЙЛО[1], К.Ж. САТЫБАЛДИЕВ[2]

БАЛАЛАР ШАП ЖАРЫҒЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ: ПАРАДИГМАНЫ АУЫСТЫРУ

[1]Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
[2]Облыстық балалар ауруханасы, Ақтөбе, Қазақстан

Шап жарықтары болған кезеңде 762 лапароскопиялық пункциялы тері арқылы герниорафия жасалған. Оның ішінде 504 ер балаға және 268 қыз балаға жасалған. Пациенттердің жасы – 2 айдан 10 жасқа дейін болған. 50% науқастарда жарығы оң жақта орналасқан, ал 31% – сол жақта және 19% – екі жақта орналасқан. Операциялардың орташа ұзақтығы 12 (±4) минут болған. Операция кезінде асқынулар болған жоқ. Жарықтардың рецидиві 5 пациентте байқалған.

Негізгі сөздер: *лапароскопия, пункциялы тері арқылы герниорафия.*

SUMMARY

B.K. JENALAYEV[1], V.I. KOTLOBOVSKY[1,2],
A.B. TUSSUPKALIYEV[1], S.P. DOSMAGAMBETOV[2],
E.V. ROSKIDAYLO[1], K.ZH. SATYBALDIYEV[2]

SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN CHILDREN: A CHANGE OF PARADIGM

[1]West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktobe, Kazakhstan
[2]Regional children's hospital, Aktobe, Kazakhstan

The article presents the results of 762 laparoscopic puncture percutaneous herniography (PIRS) at inguinal hernia. There were no intraoperative complications. Recurrence of a hernia was noted in 5 patients. The PIRS method in children seems to be an effective, safe, reliable and minimally invasive operation. This technique can be used as an alternative to laparoscopic and open hernioplasty of inguinal hernia in children of both sexes and all age groups.

Keywords: *laparoscopy, percutaneous needle hernia repairs.*

УДК: 616-036.88-053.31:618.33

Б.Т. ТУСУПКАЛИЕВ, А.К. ЖУМАЛИНА, Б.А. ЖЕКЕЕВА, АС.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, Л.В. ВОЛОШИНА

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ ПО ДАННЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация. Перинатальная смертность (ПС) является одним из основных демографических показателей здоровья популяции и характеризует не только уровень здоровья рождающегося потомства, но и социально-экономические условия жизни и качество медицинской помощи женщинам и детям. Проблема снижения ПС

приобретает особую социальную значимость в современной Республике Казахстан в связи с поставленными задачами Президентом страны перед медицинскими работниками.

Ключевые слова: *перинатальный период, врожденные пороки, новорожденные, мертворождение, внутриутробная гипоксия.*

Введение. Согласно критериям ВОЗ о сроках жизнеспособности плода, перинатальный период начинается с 22-ой недели беременности (154 дня внутриутробной жизни плода, когда масса тела плода в норме составляет 500г) и заканчивается спустя 7 полных суток (168 ч после рождения).

Таким образом, в настоящее время в перинатальной смертности в Республике Казахстане учитываются лишь умершие дети и родившиеся мертвыми плоды при сроке гестации «22 недели и более» массой тела «500г и более».

Известно, что максимальный риск для жизни и здоровья человека сопряжен с самыми ранними этапами онтогенеза и, прежде всего, с перинатальным периодом. Качественным своеобразием перинатальной патологии является то, что это есть «патология процесса развития» по классификации болезней Уильяма Фарра, приведенной в качестве преамбулы в МКБ-Х пересмотра. Созревание плода, подчиняясь общебиологическому закону эволюционного развития, идет по пути усложнения простейших структур и функций, перехода от примитивных реакций к более совершенным и сложным; при этом степень зрелости/незрелости клеточных, тканевых, органных структур и физиологических функций организма плода/ребенка определяет характер его реакции на изменение условий внешней и внутренней среды, в том числе особенности адаптации к постнатальной жизни [1].

При этом профиль нозологии определяется, прежде всего, возрастными особенностями реагирования на повреждающие факторы [2]. В пренатальном онтогенезе на любое повреждающее воздействие зародыш отвечает однотипными сдвигами в виде дистрофии, некроза или гибели – т.е. нарушением морфогенеза, в результате чего развиваются врожденные пороки развития (в период эмбриогенеза) или тканевые гипо- и дисплазии (в период фетогенеза). В перинатальном периоде основной патологией является тканевая незрелость легочной ткани и ЦНС; именно морфофункциональная незрелость реализуется в виде респираторного дистресс-синдрома и неврологических нарушений при гипоксии плода и асфиксии новорожденного. Особенностью течения инфекционного процесса в постнатальном периоде является тенденция к генерализации процесса, обуславливающая своеобразие клиники данной нозологии у новорожденных.

Согласно учения о «критических периодах эмбриогенеза», характеризующихся закономерными изменениями генетической программы развития плода и возрастанием интенсивности процессов гисто- и органогенеза, в эти периоды происходит резкое повышение чувствительности организма эмбриона к воздействию патогенных факторов внешней среды, в т.ч. тератогенных воздействий с формированием врожденных пороков [3]. Последний триместр внутриутробного развития – перинатальный период – представляет собой особый критический период, когда вследствие значительного увеличения массы тела плода главной опасностью является плацентарная недостаточность с развитием синдрома задержки внутриутробного развития плода и гипоксических состояний.

Чрезвычайно ответственным этапом онтогенеза является экстренный постнатальный период в связи с качественной перестройкой жизненно важных функций при переходе от внутриутробного развития к внеутробной жизни (дыхания, кровообращения, терморегуляции и др.) и гомеостатических констант (показатели газо- и энергообмена, биохимические параметры), а также максимальное напряжение регуляторных механизмов ребенка [4].

Поскольку около 60-80% детской инвалидности обусловлено перинатальными причинами [5], очевидна значимость акушерской и неонатальной помощи в здоровье популяции и высокой ответственности перинатальной службы за сохранение потенциала здоровья (нездоровья) населения.

Несмотря на это, до сих пор нет научно обоснованного изучения перинатальной смертности по Актюбинской области.

Цель исследования. Изучить структуру перинатальной смертности в Актюбинской области по данным областного патанатомического бюро.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ протоколов вскрытия всех мертворожденных и живорожденных новорожденных первых 7 дней жизни за 2015-2016 годы в Актюбинском областном патологоанатомическом бюро. Всего проанализированы 575 протоколов вскрытия. Мальчиков было 289 (50,3%) и девочек - 286 (49,7%). Мертворожденные составили 318 (55,3%), живорожденные в сроке до 7 дней - 257 (44,7%). Все полученные результаты статистически обработаны.

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из таблицы 1, в структуре мертворождения основное место занимает внутриутробная гипоксия плода (96,7%). Тогда как болезни органов дыхания занимают первое место у новорожденных,умерших в раннем неонатальном периоде. При этом среди болезней органов дыхания у умерших в раннем неонатальном периоде значительно часто выявляются ателектазы легких (91,5%), болезни гиалиновых мембран и врожденная пневмония (86%5), по сравнению у мертворожденных. Также в структуре смертности поражения центральной нервной системы у новорожденных, особенно обусловленных кровоизлиянием в желудочки головного мозга, занимают значительное место (91,5%) по срав-

Таблица 1. Сравнительные данные структуры перинатальной смертности

Патологии, входящие в структуру перинатальной смертности	Мертворожденные	Живорожденные, прожившие 7 дней	ВСЕГО
Внутриутробная гипоксия	267(96,7%)	9 (3,3%)	276 (48%)
Болезни органов дыхания: в том числе: Болезни гиалиновых мембран Врожденная пневмония Аспирация Ателектазы легких Врожденные пороки органов дыхания	13 (8,9%) 2(6,9%) 5(13,5%) - 6(8,5%) -	153(91,1%) 27(93,1%) 32(86,5%) 8(100%) 86(91,5%) 2(100%)	168(29,2%) 29(17,3%) 37(22%) 8(4,8%) 92(58,8%) 2(1,1%)
Поражение центральной нервной системы, в том числе ВЖК	5(8,5%) 3(5,5%)	54(91,5%) 50(94,5%)	59(10,3%) 53(89,8%)
Множественные пороки развития	16(45,7%)	19(54,3%)	35(6,0%)
Врожденные пороки сердца и сосудов	6(40%)	9(60%)	15(2,6%)
Бактериальная инфекция	3(100%)	-	3(0,5%)
Врожденные пороки желудочно-кишечного тракта, в то числе НЯК	4(33,3%) 1(25%)	8(66,7%) 3(75%)	12(2,0%)
Врожденные пороки мочевой системы	1(50%)	1(50%)	2(0,3%)
Гемолитическая болезнь новорожденных	1(33,3%)	2(66,7%)	3(0,5%)
Врожденные пороки надпочечников	1(50%)	1(50%)	2(0,3%)
Врожденные гепатиты	1(50%)	1(50%)	2(0,3%)
Итого	318(55,3%)	257(44,7%)	575(100%)

нению с мертворожденными. Почти одинаковым количеством случаев представлены множественные (2-х и более органов) врожденные пороки (у мертворожденных – 45,7%, живорожденных- 54,3%) с разницей на 8,6% и врожденные пороки сердца и сосудов (у мертворожденных 40%, у живорожденных 60%). Не очень большим количеством случаев представлены у обеих групп врожденные пороки желудочно-кишечного тракта с учетом НЭК.

Врожденные пороки мочевой системы, гемолитическая болезнь новорожденных, врожденные пороки надпочечников, врожденные гепатиты в обеих группах представлены в единичных случаях.

Результаты наших исследований показали, что в структуре перинатальной смертности основное место занимает (48%) внутриутробная гипоксия плода. На второе место (29,2%) выходят болезни органов дыхания, из которых 54,8% составляют ателектазы легких. Затем идут врожденные пневмонии (22%), болезни гиалиновых мембран (17,3%). Следующая ступень в структуре перинатальной смертности занимает поражение центральной нервной системы ((10,3%), куда входит кровоизлияние в желудочки головного мозга (90%) и гидроцефалия (10%). Далее идут множественные (2-х и более органов) врожденные пороки развития (6%). Обращает внимание тот факт, где в основном встречаются врожденные пороки 3-х (40%) и 4-х органов (35%). Врожденные пороки сердца и сосудов (2,6%), желудочно-кишечного тракта (в том числе НЭК) (2,0%) выявляются практически одинаковым количеством случаев. Бактериальная инфекция, врожденные пороки мочевой системы, надпочечников и врожденные гепатиты в структуре перинатальной смертности выявляются в единичных случаях.

Выводы.

1. В структуре мертворожденности основное место занимают внутриутробная гипоксия плода, тогда как у новорожденных умерших в раннем неонатальном периоде на первое место выходят болезни органов дыхания, которые представлены в основном ателектазами легких, врожденной пневмонией, болезнью гиалиновых мембран.

2. В общей структуре перинатальной смертности основное место занимают внутриутробная гипоксия плода, на второй ступени располагаются болезни органов дыхания, в основном, за счет ателектазов легких, врожденной пневмонией и болезнями гиалиновых мембран у новорожденных раннего неонатального периода.

3. Третье место занимают поражения центральной нервной системы, в основном, за счет кровоизлияния в желудочки головного мозга. Определенное значение имеют множественные врожденные пороки развития, врожденные пороки сердца и сосудов, желудочно-кишечного тракта.

Список литературы:

1. Региональные особенности воспроизводства и ранних потерь: Европейское лонгитидуальное исследование беременности и детства / А.А. Баранов [и др.]. – М., 2005. - 125 с.
2. Дементьева, Г.Н. Профилактика нарушении адаптации и болезни новорожденных. Лекция для врачей / Г.Н. Дементьева, Ю.Е. Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – Приложение. – 75 с.
3. Здоровье детей России: Союз педиатров России / под ред. А.А. Баранова. – М., 1999. – 273 с.
4. Ивановская, Т.Е. Нозология плода и ребенка как проблема общей патологии / Т.Е. Ивановская // Арх. Патологии. – 1988. - т.50. - №6. - С.3-8.
5. Суханова, Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: дис….док. мед. наук. / Л.П. Суханова. - М., 2006. – 335 с.

ТҮЙІН

Б.Т. ТҮСІПҚАЛИЕВ, А.Қ. ЖҰМАЛИНА,
Б.А. ЖЕКЕЕВА, АС.Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ,
Л.В. ВОЛОШИНА

ПАТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУ МӘЛІМЕТІ БОЙЫНША ПЕРИНАТАЛЬДЫ ЖОҒАЛТУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Перинатальды өлім (ПӨ) популяция денсаулығындағы негізгі және туылған ұрпақтардың денсаулық деңгейін, әлеуметтік экономикалық өмір жағдайын, балалар мен аналарға медициналық көмек сапасын көрсететін демографиялық көрсеткіштерді сипаттайды. ПӨ көрсеткішінің төмендеуі қазіргі Қазақстан Республикасында ел Президентінің медицина қызметкерлеріне қойған тапсырмасына байланысты әлеуметтік маңызы бар.

Негізгі сөздер: *перинатальды кезең, туа пайда болған ақаулар, жаңа туған нәресте, өлі туылу, құрсақішілік гипоксия.*

SUMMARY

B.T. TUSSUPKALIYEV, A.K. ZHUMALINA,
B.A. ZHEKEYEVA, A.B. TUSSUPKALIYEV,
L.V. VOLOSHINA

PERINATAL LOSSES ACCORDING TO PATHOMORPHOLOGICAL EXAMINATION

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Perinatal mortality (PM) is one of the main demographic indicators of the health of the population and characterizes not only the level of health of the offspring, but also the socio-economic conditions of life, and the quality of medical care for women and children. The problem of reducing PM takes on a special social significance in the modern Kazakhstan in connection with the tasks set by the President of the country for the medical workers.

Keywords: *perinatal period, congenital malformations, newborns, stillbirth, intrauterine hypoxia.*

УДК: 616-007-053.31

Б.Т. ТУСУПКАЛИЕВ, А.К. ЖУМАЛИНА, Б.А. ЖЕКЕЕВА, М.Б. ЖАРЛЫКАСИНОВА

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан.

Аннотация. По данным Информационного бюллетеня №370 (1), у 1-го из 33-х новорожденных детей наблюдаются пороки развития (именуемые также врожденными пороками), т.е. примерно 3,2 миллиона детей имеют какие-либо формы инвалидности, обусловленные пороками развития. От пороков развития в течение 28-ми дней жизни ежегодно умирают 270 000 детей. Факторами риска рождения детей с пороками развития различного генеза, предшествующие рождению детей с пороками развития, самопроизвольные аборты, кровнородственные браки, соматические и гинекологические заболевания матери, осложненное течение беременности (угроза прерывания беременности, недоношенность, переношенность, тазовое предлежащие, мало- многоводие).

Ключевые слова: *врожденные пороки развития, стигмы дизэмбриогенеза, недоношенные новорожденные, эмбриопатии.*

Приблизительно 2-3% новорожденных имеют серьёзные врождённые пороки развития. Эмбриологически эти дефекты разделяют на три основных класса. Практически все врожденные пороки развития возникают в эмбриональный период (3-10-я неделя беременности), когда происходит дифференцировка органов, хотя из этого правила существуют исключения [1,3].

Наряду с этим, территория Актюбинской области является биогеохимической провинцией по хрому, в последние годы город загрязняют выхлопные газы автомобильного транспорта. Антропогенные загрязнители природы представляют особую опасность для здоровья детей, которые в силу возрастных особенностей отличаются повышенной чувствительностью к ксенобиотикам и могут вызвать угрожающие жизни состояния, пороки развития, хронические заболевания, недостаточность иммунитета, аллергические болезни. Воздействие этих вредных факторов имеют место и внутриутробном периоде.

При этом необходимо учитывать тот факт, что влияние внешних факторов на функциональное состояние детского организма не ограничивается моментом воздействия, а в значительной степени определяет перспективы роста и развития детского населения [4].

Окружающая среда Актюбинской области характеризуется высоким уровнем загрязнения солями тяжелых металлов. Общеизвестно, что в г. Актобе и Актюбинской области на протяжении многих лет увеличивается добыча и переработка хромовой руды в воздушной пыли 1,3-16.9 мг/м [5,6].

Определенные медико-демографические показатели имеют тесную связь с загрязнением окружающей среды: частота недоношенности, частота рождения детей со многими стигмами дизэмбриогенеза, частота хромосомных болезней и врожденных пороком развития у детей [2]. Научных исследований, посвященных изучению структуры врожденных пороков развития, у нас в стране нет.

Цель исследования. Изучить структуру врожденных пороков развития в перинатальном периоде у новорожденных в экологически неблагополучных регионах в Актюбинской области.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования служили отчетные материалы детских, родовспомогательных медицинских учреждений и центра репродуктивного здоровья, протоколы вскрытия Областного патанатомического бюро, медицинские карты стационарного больного. Разработаны стационарные карты умерших детей на первом году жизни в 2012-2013 и их протоколы. Общее количество разработанных документов 1010. Полученные результаты были обработаны статистически.

Результаты исследования и их интерпретация. Как видно из таблицы 1, за анализируемые годы в 2015 году по сравнению с 2014 годом родилось новорожденных больше на 1343, в 2016 году на одну тысячу больше. В 2016 году показатель количества рожденных детей превышает показатель 2015 года всего на 359. Число мертворожденных детей в 2014 году составил 145 и этот анализируемый показатель за три года особых изменений не претерпел. Уровень мертворожденных за 3 года практически одинаковый и составляет всего в среднем 0,8-0,7%.

Все три года количество новорожденных детей, родившихся с врожденными пороками развития, особых изменений не претерпевает (среди живо и мертворожденных). Новорожденных с врожденными пороками среди живорожденных (абсолютном и процентном исчислении) больше, по сравнению мертворожденных. Полагаем, эта разница связана с абсолютным большим количеством живорожденных детей.

Как видно из таблицы 2, в перинатальном периоде врожденные пороки развития выявлены в 535 случаях. При этом, во всех сравниваемых годах значительных различий нет (2014 г-171; 2015 г-184; 2016 г-180). Из них 33 (6,2%) были мертворожденными, 101 детей, родившихся с врожденными пороками развития, умерли в течение раннего и 42 человека - в позднем неонатальном периодах.

Среди всех обследованных детей самое первое место (17%) занимают множественные (ВПР двух и более органов) пороки развития (рис.1.). Второе «почетное» место занимают врожденные пороки развития костно-мышечного аппарата: диафрагмальная грыжа, ахондроплазия, хондоэктодермальная дисплазия, гастрошизис, омфалоцеле (16,1%), на третьем «почетном» месте врожденные пороки развития сердца и сосудов (15,1%) и расчленение губ и/или неба (15,1%). Пятое лидирующее место занимают хромосомные болезни (синдром Дауна, синдром Эдварса, синдром Патау). Врожденные пороки развития составили 7,1%. Более менее реже выявлялись врожденные пороки желудочно-кишечного тракта (4,1%), органов чувств 4,1%), мочевой системы (3,9%) , органов дыхания (3%) и прочие (2,4%).

Индивидуальный анализ каждого врожденного порока развития показывает, что множественные пороки развития в 2016 году выросли в 1,7 раза по сравнению с 2014 годом. Примерно такую же картину показывает рост врожденных пороков развития сердца и

Таблица 1.Статистические данные новорожденных родившихся в 2014-2015 и 2016 годах

Статистические показатели	2014 год	2015 год	2016 год
Общее число живорожденных новорожденных	17797	19140	18781
Общее число мертворожденных новорожденных	145 (0,8%)	153 (0,8%)	132(0,7%)
Живорожденные новорожденные с ВПР	161 (0,91%)	170 (0,9%)	169 (0,9%)
Мертворожденные дети с ВПР	8 (5,52%)	14 (9,15%)	11 (8,3%)

Таблица 2. Структура перинатальных врожденных пороков развития

Структура ВПР по органам	Общее количество			Из них мертворожденных			Умершие в 1 неделю (0-6 суток)		
	2014 г	2015 г	2016 г	2014 г	2015 г	2016 г	2014 г	2015 г	2016 г
ВПР ЦНС	14	12	12	2	4				
Из них:						2	2		
-Анэнцефалия	2	1	1						
спинномозговая грыжа	- 6	3	1	1	1				
ВПР сердца и сосудов	22	30	29	2	3	2	6	7	11
ВПР ЖКТ	14								1
Атрезии пищевода	5	6	2				3	7	
Атрезии кишечника	4								1
Атрезия ануса	2								
Редукционные пороки конечностей	4								
ВПР органов дыхания	2	3	1	2	1		1		
ВПР мочеполовой системы	4	4	9				2	1	
ВПР костно-мышечной системы	38	25	23						
Из них:							3	2	
-Диафрагмальная грыжа	3								
-Ахондроплазия	2		2				1		
-Хондроэктодермальная дисплазия	2	3							
Гастрошизис	2						1		
Омфалоцеле	4		2				2	2	2
ВПР органов чувств	8								
Из них:		6	4						
-органов зрения	2								
-органов слуха	6								
Множественные врожденные пороки	22	30	39				17		
Хромосомные болезни:	21								
-синдром Дауна	20	22	26						
-синдром Эдварса	1						1		
Расчленение губы и/или неба	20	39	22	1			1		
Прочие:	4	2	3						
-лимфоангиома	3								
-гермофродитизм	1	1		1					
ВСЕГО	173	184	180	8	14	11	36	35	34

сосудов за изучаемые годы. Обращает внимание также сравнительно высокая выявляемость хромосомных болезней, особенно синдрома Дауна.

Выводы.

1. В перинатальном периоде за 2014-2016 годы врожденные пороки развития не имеют тенденцию к снижению.

2. За 2014 -2016 годы выросли множественные врожденные пороки развития, охватывающих 2 и более органов и систем.

3. Достаточно высокий темп роста имеют врожденные пороки развития сердца и сосудов.

4. Необходимо принять меры по улучшению качества внутриутробных скринингов.

Список литературы:

1. Бекмухамбетов, Е.Ж. Экологически детерминированная задержка физического развития у детей / Е.Ж. Бекмухамбетов, Б.Т. Тусупкалиев, А.К. Жумалина. – Актобе, 2012. - 263 с.
2. Вельтищев, Ю.Е. Экопатология детского возраста

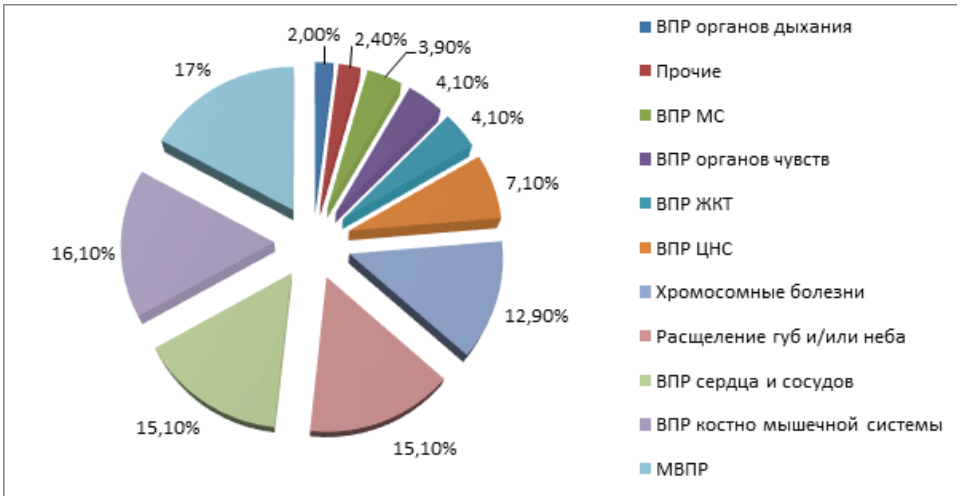


Рис.1. Процентное соотношение структуры перинатальных врожденных пороков развития.

/ Ю.Е. Вельтищев // Педиатрия. – 1995. - №4. - С. 26-33.
3. Детская хирургия. Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
4. Иманбеков, А.А. Анализ сложившейся экологической обстановки Актюбинской области за период 1989-1994 гг. / А.А. Иманбеков // В сб.: Эколого-гигиенические аспекты охраны и здоровья человека. – Алматы, 1994. - С. 7-13.
5. Информационный бюллетень № 370 / январь 2014 г.
6. О региональных особенностях влиния факторов окружающей среды на здоровье населения / Т.К. Каримов, Ж.А. Молдашев, Б.В. Засорин и др. // Гигиена и санитария. – 1991. - №11. – С. 62 -64.

ТҮЙІН

Б.Т. ТҰСІПҚАЛИЕВ, А.Қ. ЖҰМАЛИНА,
Б.А. ЖЕКЕЕВА, А.Б. ТҰСІПҚАЛИЕВ,
М.Б. ЖАРЛЫҚАСИНОВА

ПЕРИНАТАЛЬДЫ КЕЗЕҢДЕГІ ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ТУА БОЛҒАН ДАМУ АҚАУЛАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Ақпараттық №370 бюллетень мәліметі бойынша 33 жаңа туған нәрестелердің (1) даму ақаулары (аталатын даму ақаулары), 3,2 млн балаларда даму ақауларына негізделген мүгедектіктің кейбір түрлері байқалған. Даму ақауларынан өмірінің 28 тәулік ішінде жыл сайын 270000 бала шетінейді.

Туылудың қауіпті факторлары – даму ақауларымен, өздігінен түсік тастау, қандас туыстық некеден анасының соматикалық және гинекологиялық аурулары, жүктіліктің асқынуымен өтуі (жүктіліктің үзілу қаупі, шала туылу, мерзімі асып туылу, жамбаспен келу, ұрық суының аз және көп болуы).

Негізгі сөздер: *туа болған даму ақаулары, дисэмбриогенез стигмалары, шала туылғандар, эмбриопатиялар.*

SUMMARY

B.T. TUSSUPKALIYEV, A.K. ZHUMALINA,
B.A.ZHEKEYEVA, A.B. TUSSUPKALIYEV,
M.B. ZHARLYKASINOVA

CONGENITAL DEFECTS OF DEVELOPMENT IN NEWBORNS IN THE PERINATAL PERIOD

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

According to the Information Bulletin No. 370 (1), in 1 from 33 newborns, developmental defects (also called congenital malformations) are observed, i. approximately 3.2 million children have some form of disability caused by malformations. Every year 270,000 children die from malformations within 28 days of life. The risk factors for the birth of children with developmental defects of various genesis, precedents for the birth of children with malformations, spontaneous abortions, familial marriages, somatic and gynecological diseases of the mother, complicated pregnancy (threat of abortion, prematurity, postpartum, pelvic, low-watered).

Keywords: *congenital malformations, stigma of disembryogenesis, premature newborns, embryopathy.*

УДК 616.149-008.341.1-089-053.2

Г.Н. АЛИМХАНОВА, А.Б.ШЕКЕНОВА, М.В.БОНДАРЕНКО, Д.Н.КУСАИНОВ, К.Э.ХАИРОВ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный центр педиатрии и детской хирургии
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Алматы, Казахстан

Аннотация. В статье изложена интенсивная терапия и послеоперационное ведение больных с синдромом портальной гипертензии в условиях отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии клиники «Научного центра педиатрии и детской хирургии» Минздрава РК. За период с 2012 по 2016 годы пролечены 149 детей от полутора года до 14-ти лет, из которых были прооперированы 90 (60,5%) больных.

Ключевые слова: синдром портальной гипертензии, интенсивная терапия, хирургическая операция, дети.

Актуальность: на сегодняшний день синдром портальной гипертензии у детей является одной из основных причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Симптом кровотечения является наиболее серьезным и угрожающим состоянием при данной патологии. При этом актуальность интенсивной терапии имеет решающее значение как до коррегирующей операции, так и в послеоперационном периоде. На сегодняшний день наиболее радикальным и надежным методом устранения и профилактики кровотечения при данном синдроме являются операции сосудистого шунтирования.

Цель работы: рассмотреть опыт интенсивной терапии в послеоперационном периоде портальной гипертензии, используемый в отделении анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии детей старшего возраста клиники «Научного центра педиатрии и детской хирургии» за пятилетний период, оценить результаты и опыт.

Определение: Портальная гипертензия – это повышение давления в портальной системе вследствие венозной непроходимости с развитием кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Наиболее встречаемая форма портальной гипертензии у детей - внепеченочная.

Материалы и методы: в период с 2012 по 2016 годы включительно в хирургическом отделении клиники НЦПиДХ МЗ РК пролечено 149 детей с синдромом портальной гипертензии. Из этого числа прооперировано 90 детей, которые в послеоперационном периоде первые трое суток находились в условиях отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии детей старшего возраста для проведения интенсивной терапии и динамического наблюдения. Все дети были в возрасте от полутора года до 14-ти лет. По характеру оперативного вмешательства больных можно разделить на две группы: 1-ая группа - 85 детей в возрасте от полутора года до 14-ти лет, которым были проведены операции сосудистого шунтирования. Во 2-ой группе 5-ти пациентам от полутора года до 14-ти лет проведена гастротомия по Пациора с наружной деваскуляризацией вен желудка, в связи с ранним возрастом пациентов и, соответственно, недостаточным диаметром сосудов для наложения сосудистого анастомоза [1]. Такое разделение на группы определяет характер интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

В первой группе интенсивная терапия, в первую очередь, направлена на снижение риска тромбообразования сосудистого шунта. В послеоперационном периоде использовалось преимущественно энтеральное восполнение объема циркулирующей крови.

Инфузионная терапия детям в послеоперационном периоде проводилась в дозе 1/3 от физиологической потребности. Основную часть инфузионной терапии составляли глюкозо-солевые растворы [1].

С антикоагулянтной целью использовался Гепарин в дозе 10-20 ЕД/кг/час [2]. Время свертываемости крови контролировалось по Ли-Уайту, в первые сутки ВСК измерялось каждые 3 часа, во вторые сутки каждые 4-5 часов, в третьи сутки каждые 6-8 часов. Целевая граница времени свертывания крови по Ли-Уайт – не ниже 7 минут [1].

Гемостатическая терапия в послеоперационном периоде не проводилась в связи с повышенным риском тромбообразования. Даже при наличии геморрагического синдрома из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, прежде всего, выбирается наблюдательная тактика и коррекция анемии за счет трансфузии эритроцитарной массы по показаниям (согласно приказу №417 МЗ РК). Кровотечения наблюдались у 11% детей. Большинство случаев кровотечения (8%) в послеоперационном периоде купировались самостоятельно. По нашим данным, когда кровотечение не останавливалось, предпочтительно было использование факторов свертывания (Коагил, Фэйба и т.д.), нежели свежезамороженной плазмы. Рекомендации по воздержанию от использования свежезамороженной плазмы объясняются наличием в её составе Антитромбина III, при введении которого его антикоагулянтный эффект преобладает над действием тромбина, что, в свою очередь, приводит к усилению кровотечения. Таким образом, очевидно, что случаи кровотечения в послеоперационном периоде вызваны нарушением целостности сосудистой стенки, а не нарушением коагуляционного гемостаза, что влияет на дальнейшую тактику лечения [3, 4, 5].

Адекватная анальгезия в послеоперационном периоде достигалась введением в первые сутки Промедола 2% (Промедола гидрохлорид (Тримеперидин), SANTO, РК, г. Шымкент) в возрастной дозировке каждые 6 часов. Во вторые и третьи сутки использовались ненаркотические анальгетики, что в целом, позволяло достигать необходимого эффекта анальгезии. Каждому ребенку в отделении реанимации проводился мониторинг витальных функций, т.е. мониторинг дыхания (сатурация), гемодинамики (артериальное давление, число сердечных сокращений, центральное венозное давление), функции почек (диурез), температуры тела.

Во второй группе больных, которым была проведена гастротомия по Пациора, интенсивная терапия в первые сутки заключалась в назначении 1/3 от физиологической потребности парентерального питания, инфузионной терапии на оставшееся время после операции, включающей в себя белки, углеводы и солевые растворы. Жиры в парентеральном питании не применяли, т.к. они могут усугубить тромбоцитопению, свойственную синдрому портальной гипертензии и увеличить нагрузку на функцию печени. В первые сутки также использовалась обезболивающая терапия наркотическими анальгетиками (Промедол 2%), гемостатическая терапия Этамзилатом 12,5% (Этамзилат 250 мг, SANTO, РК, г. Шымкент) в возрастной дозировке. На вторые сутки проводилась пероральная регидратация водой на открытом назогастральном зонде. На третьи сутки в случае отсутствия рвоты и диспепсических нарушений было показано энтеральное питание с постепенным расширением диеты, при отсутствии патологических выделений из назогастрального зонда.

Терапия во второй группе была направлена больше на восстановление функции желудочно-кишечного тракта и снижение риска несостоятельности швов на желудке [6].

Результаты: При данной методике у детей первой группы в послеоперационном периоде кровотечения возникали лишь в 8% (7 детей) случаев, которые купировались самостоятельно. И лишь у 3% детей (3 детей) были использованы факторы свертываемости крови (Коагил, Фэйба). Все кровотечения вызваны наличием эрозий пищевода и язв желудка как осложнение основного заболевания. В дальнейшем никаких осложнений не наблюдалось. Проведенное лечение и уход в условиях реанимации дали положительные результаты.

Заключение: В первой группе данная методика направлена на снижение волемической нагрузки, исключение развития гемодинамического стресса (артериальной гипертензии и тахикардии), устранение факторов развития осложнений, кровотечений и тромбоза сосудистого шунта. Таким образом, можно отметить, что использование данной методики интенсивной терапии является эффективным методом. Все дети в обеих группах впоследствии были переведены в профильное отделение и выписаны с улучшением из стационара. Данный вид интенсивной терапии позволяет снизить риск возникновения кровотечений и достичь стабилизации состояния в короткий период.

Список литературы:

1. Хаиров, К.Э. Способ наложения спленоренального сосудистого анастомоза при портальной гипертензии / К.Э. Хаиров, Н.Н. Ахпаров, М.М. Калабаева // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - Алматы, 2013. - № 3. – 146 с.
2. Детская анестезиология и реаниматология / под ред. В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова. – М.: МИА, 2001. – 480 с.
3. Колесников, Э.М. Кровотечения при портальной гипертензии у детей (клиника, диагностика, лечение) : учеб.-метод. пособие / Э.М. Колесников, В.В. Троян. – Минск: БелМАПО, 2004. - 44 с.
4. Yentis, S. Anaesthesia and intensive care A-Z. An Encyclopedia of Principles and practice / Steve Yentis, Nicholas Hirsch. – Churchill Livingstone, 2013. – P. 273-274.
5. Карман, А.Д. Портальная гипертензия : Учебно-методическое пособие / А.Д. Карман, В.Л. Казущик. – Минск: БГМУ, 2014. – С. 24-35.
6. Sanyal, Arun J. Portal hypertension: Pathobiology, Evaluation and Treatment / Arun J. Sanyal, Vijay H. Shah. - Springer, 2005. - C. 365-383.

ТҮЙІН

Г.Н. АЛИМХАНОВА, А.Б.ШЕКЕНОВА,
М.В.БОНДАРЕНКО, Д.Н.КУСАИНОВ,
К.Э.ХАИРОВ

БАЛАЛАРДАҒЫ ПОРТАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМЫ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯ

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің «Педиатрия және бала хирургиясы ғылыми орталығы»,
Алматы, Қазақстан

Мақалада «Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығының» анестезия және реанима-

SUMMARY

G.N.ALIMKHANOVA,A.B.SHEKENOVA,
M.V.BONDARENKO, D.N.KUSAINOV,
E.K.KHAIROV

POSTOPERATIVE INTENSIVE THERAPY IN CHILDREN WITH SYNDROME OF PORTAL HYPERTENSION

«Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery»
of the Ministry of Health f RK,
Almaty, Kazakhstan

This article has information about children with portal hypertension and theirs intensive care and post-operative

тология, каркынды емдеу бөлімшесінде порталдық гипертензия синдромымен ауырған балалардың отадан кейінгі науқастарды емдеудің ерекшеліктері баяндалған. 2012-2016 жж аралығында 1 жастан асқан 14 жасқа дейінгі 149 емделген баланың ішінде 90 балаға (60%) ота жасалған.

***Негізгі сөздер**: порталды гипертензия, қарқынды емдеу, хирургия, бала.*

management in Intensive Care Unit of «Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery». There have been 149 babies with portal hypertension in period of 2012-2016, 90 (60.5%) of them has surgeries.

***Keywords:** syndrome of portal hypertension, intensive therapy, surgery, children.*

УДК 616.349-002-072.1-053.2

Н.Н. АХПАРОВ, Н.Б. АФЛАТОНОВ, К.М. АХТАРОВ, А.Ж. ОРАЗАЛИНОВ

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ МЕГАРЕКТОСИГМОИДЕ У ДЕТЕЙ

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК,
Алматы, Казахстан

Аннотация.

Цель исследования. Оценить методом эндоскопии состояние слизистой ЖКТ при идиопатическом мегаректосигмоиде у детей.

Результаты. Приводятся результаты эндоскопического исследования слизистой ЖКТ при идиопатическом мегаректосигмоиде у 194-х детей в возрасте от 3-14 лет. На фоне хронического колостаза наблюдается поражение слизистой стенки ЖКТ и вторичные изменения баугиниевой заслонки.

Заключение. Эндоскопический метод необходим в комплексе диагностики при идиопатическом мегаректосигмоиде у детей и сравнительный анализ полученных данных позволит определить наличие и природу возможных видимых изменений ЖКТ.

***Ключевые слова:** запор, дети, толстая кишка, колит.*

Актуальность. Болезни органов пищеварительного тракта являются наиболее частой патологией детского возраста. Заболеваемость желудочно-кишечного тракта у детей по разным регионам Казахстана колеблется от 191 до 800[1].

Одними из наиболее часто встречающихся патологий кишечника в детском возрасте являются хронические запоры, колостаз. Запоры представляют важную медико-социальную проблему во всех странах мира, прежде всего, из-за их широкой распространенности, снижения социальной активности и качества жизни больных [2,3,4].

Большинство публикаций исследуют нарушения колоректальной иннервации в виде аганглиоза при болезни Гиршпрунга. Достаточно хорошо изучены вопросы клиники, диагностики и лечения аганглиоза у детей [5,6]. Но в этих работах имеются некоторые противоречивые суждения, так как не у всех больных имеются классические признаки аганглиоза. В связи с этим, отсутствует единое мнение на обоснование лечебной тактики и выбора метода лечения. Не даны четкие сроки применения консервативной терапии у данной группы больных.

Для решения описанной проблемы возникла необходимость изучения эндоскопического исследования слизистой ЖКТ при идиопатическом мегаректосигмоиде у детей.

Цель исследования. Оценить методом эндоскопии состояние слизистой ЖКТ при идиопатическом мегаректосигмоиде у детей.

Материалы и методы исследования. У 194-х детей с хроническими запорами проведено эндоскопическое исследование слизистой ЖКТ. Для решения поставленных задач обследуемые дети были разделены на 2 группы. В первую группу (основную) вошли 93 ребенка с хроническим запором, вызванным различными аномалиями развития толстой кишки, во вторую группу (контрольную) – 101 ребенок с хроническим запором функционального генеза.

Среди больных преобладали девочки – 53,6%. Возраст большинства детей составил 5-7 лет – 53,8%.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДЭС) проводилась по общепринятой методике (Гершман Г.Б., 1980) без премедикации с использованием эндоскопов фирмы «Olimpus» (Япония). Исследования были выполнены в эндоскопическом отделении НЦП и ДХ.

Колоноскопию и илеоскопию проводили по методике, предложенной В.П.Стрекаловым и С.Л.Ханкиным (1983) и модифицированных для применения у детей О.А.Суриковой (1984). При этом использовался колоноскоп GIF-K фирмы “Olympus” (Япония).

Подготовка толстого кишечника была дифференцированной в зависимости от нарушения функции кишечника.

Медикаментозную подготовку проводили по схеме, предложенной О.А.Суриковой. Кетамин вводили внутримышечно в дозе 5-6 мг на кг массы тела с предшествующей премедикацией: введением 0,1% раствора атропина и 50% раствора анальгина в возрастных дозировках за 25-30 минут до исследования.

Нами произведена морфометрия купола слепой кишки и применено устройство для измерения купола слепой кишки (авторское свидетельство №11361). Суть морфометрии заключалась в измерении купола слепой

кишки во время эндоскопического исследования с помощью специального устройства. Проводилось измерение длины и ширины купола слепой кишки.

Устройство вводилось в биопсийный канал колоноскопа после осмотра слизистой оболочки толстого и тонкого кишечника и состояло из двух гибких проводов соединенных между собой на всем протяжении, кроме отдела находящегося у внутреннего края колоноскопа, где располагается фиксированная распорка, позволяющая концам провода при осевом давлении расходиться в противоположном направлении. В наружной части устройство снабжено мерными рисками. Результат фиксируется путем измерения мерных рисок, введенных в биопсийный канал колоноскопа. Предварительно опытным путем для каждого измерительного устройства индивидуально рассчитывается соответствие мерных рисок поперечному размеру. Устройство и метод определения размеров купола слепой кишки позволяют с высокой точностью и без сложных арифметических расчетов определить размеры купола слепой кишки, что чрезвычайно важно при определении показаний к оперативному вмешательству при недостаточности илеоцекального запирательного аппарата.

При измерении продольных размеров (длины), в дистальном конце устройства два гибких провода соединяются между собой, измерение проводится продольным введением устройства до соприкосновения с дном слепой кишки.

При исследовании проводили измерение следующих размеров:

1. Размеры баугиниевой заслонки при ее зиянии, размеры отверстия баугиниевой заслонки.

2.Поперечный размер (ширина) купола слепой кишки.

3. Продольный размер (длина) купола слепой кишки.

Результаты исследований и их обсуждение. Для определения взаимосвязи поражения верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта исследования начинали с ФЭГДС. При осмотре верхних отделов пищеварительного тракта оценивались состояние слизистой пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки, содержимое пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки, а также клапанный аппарат пищевода (кардиальная розетка) и желудка (привратник).

При проведении фиброгастродуоденоскопии нами выявлена различная патология в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта у детей с хроническим колостазом. Так, поверхностный гастродуоденит диагностирован практически у половины детей основной и сравнительной групп (41,2% и 43%, соответственно), недостаточность кардиальной розетки у 13,3 % детей основной группы и у 8,5% - сравнительной группы. При поверхностном гастродуодените слизистая желудка и 12-ти перстной кишки была гиперемирована, отёчная, шероховатая с наложениями на стенках налёта слизи и фибрина.

У 5 детей основной группы обнаружены эрозии 12-перстной кишки, в сравнительной группе лишь у одного ребенка выявлена данная патология. При этом, в основной группе достоверно чаще диагностирован гипертрофический гастродуоденит (19,6% и 11,5%, соответственно), недостаточность замыкательной функции привратника (16,8 и 9,0, соответственно), дуоденогастральный рефлюкс (26,6% и 13,5%, соответственно). Гипертрофический гастрит характеризовался тем, что слизистая желудка отличалась бугристостью, иногда она выглядела как «булыжная мостовая». При наличии рефлюкс-эзофагита имел место заброс содержимого желудка в пищевод. Дуодено-гастральный рефлюкс диагностирован при наличии желчи в содержимом желудка в момент ввода эндоскопа в желудок.

Результаты ФГДС говорят о том, что при патологии кишечника в патологический процесс присоединяются верхние отделы желудочно-кишечного тракта, особенно у детей основной группы. На наш взгляд, она возникает вследствие общей гипертензии в кишечнике, образовавшейся в результате хронического колостаза.

Здесь хочется отметить, что практически у 1/4 (24,5%) детей контрольной группы при проведении ФГДС патологии не выявлено. А в основной группе лишь у 8,4% было без патологии.

Таким образом, выявленные морфо-функциональные изменения в верхних отделах пищеварительного тракта показывают, что у детей с хроническим колостазом в патологический процесс вовлекается весь пищеварительный тракт.

Колоноилеоскопия из-за технических трудностей мы провели только 97 детям основной группы по показаниям. Больные основной группы, разделенные после контрольного рентгенологического исследования на 2 подгруппы, распределились следующим образом: в подгруппе А колоноскопия была проведена 51 ребенку, в подгруппе Б – 46 детям. Данные колоноскопии приведены в таблице 1.

В ходе проведения эндоскопического исследования кишечника у всех детей выявлены воспалительные изменения слизистой оболочки кишечника как в различных участках последнего, так и тотальное его поражение. Так, хронический правосторонний колит диагностирован в 7,8% в подгруппе А и 6,5% - в подгруппе Б, хронический левосторонний колит в 47,1% и 41,0%, соответственно, хронический проктосигмоидит в 51,0% и 47,8%, соответственно. Хронический проктосигмоидит характеризовался тем, что слизистая прямой и сигмовидной кишки была отёчная, гиперемирована, шероховатая. Гаустры и сосудистый рисунок сохранены.

При сравнительном анализе установлено, что в подгруппе А достоверно чаще установлен хронический илеит (35,3% и 10,9%, соответственно), недостаточность илеоцекального запирательного аппарата (13,7% и 2,2%, соответственно), хронический поперечный колит (45,1% и 13,0%, соответственно) и хронический панколит (23,3% и 6,5%, соответственно).

Эндоскопическая картина внутренней поверхности подвздошной кишки при хроническом илеите выглядит следующим образом: слизистая ярко гиперемирована, выражена её отёчность и лимфофолликулярная гиперплазия, складки уплощены. Поверхность кишки покрыта местами налётом слизи и фибрина, отмечается контактная кровоточивость слизистой. У 5 обсле-

Таблица 1 - Количественная характеристика данных колоноскопии в сравниваемых группах

	А группа n=51			В группа n=46		
	абс.ч.	%	m	абс.ч.	%	m
Хронический панколит	12	23,5	5,9	3	6,5*	3,6
Хронический правосторонний колит	4	7,8	3,8	3	6,5	3,6
Хронический поперечный колит	23	45,1	7,0	6	13,0*	5,0
Хронический левосторонний колит	24	47,1	7,0	19	41,0	7,3
Хронический проктосигмоидит	26	51,0	7,0	22	47,8	7,4
Эрозивный колит	4	7,8	3,8	1	2,2	2,2
Недостаточность илеоцекального запирательного аппарата	7	13,7	4,8	1	2,2*	2,2
Хронический илеит	18	35,3	6,7	5	10,9*	4,6
Полипы прямой кишки	3	5,9	3,3	0	0,0	2,0
Трещины ануса и прямой кишки	39	76,5	5,9	36	78,3	6,1
Изменений не выявлено	0	0,0	1,9	10	21,78	6,1
Всего исследований	51	100		46	100	

** Выделены достоверные (P<0,05) различия в сравниваемых группах*

дуемых данной группы воспалительные изменения в терминальном отделе подвздошной кишки были наиболее выражены, о чём свидетельствовало некоторое сужение просвета кишки, изъязвления и повышенная кровоточивость слизистой, отсутствие характерной складчатости. У этих детей подвздошная кишка инвагинировала в просвет купола слепой кишки.

При колоноскопии у больных с хроническим колостазом отмечен выраженный воспалительный процесс по ходу всего толстого кишечника с прогрессированием воспаления в проксимальных его отделах (слепой, восходящей и поперечной ободочной кишках). Здесь слизистая ярко гиперемирована, отёчная, рыхлая, мелкозернистая, в некоторых случаях с явлениями атрофии. Складки при этом низкие, гаустрация сглажена либо вообще отсутствует. Сосудистый рисунок обеднён, слизистая при контакте с аппаратом легко ранимая, кровоточит. На стенках кишки виден налёт фибрина и слизи (рисунок 1).

При правостороннем колите – тифлите поражается правый отдел толстой кишки – слепая и восходящий отдел ободочной кишки. В остальных отделах толстого кишечника эндоскопическая картина была близка к норме.

У 7,8% детей в подгруппе А и в 2,2% - в подгруппе Б диагностирован эрозивный колит, при котором слизистая дистального отдела толстой кишки была ярко гиперемирована, отёчность выражена, отмечалась повышенная контактная кровоточивость, имелись множественные эрозии размерами от 0,1 до 0,5 см. В просвете кишки слизь, на стенках налёт фибрина. Гаустры сглажены, сосудистый рисунок не определялся.

Воспалительные изменения слизистой оболочки характеризовались гиперемией, отечностью, местами с признаками изъязвления, при прикосновении с кровоточивостью, у некоторых больных воспалительные изменения сопровождались с атрофией слизистой оболочки.

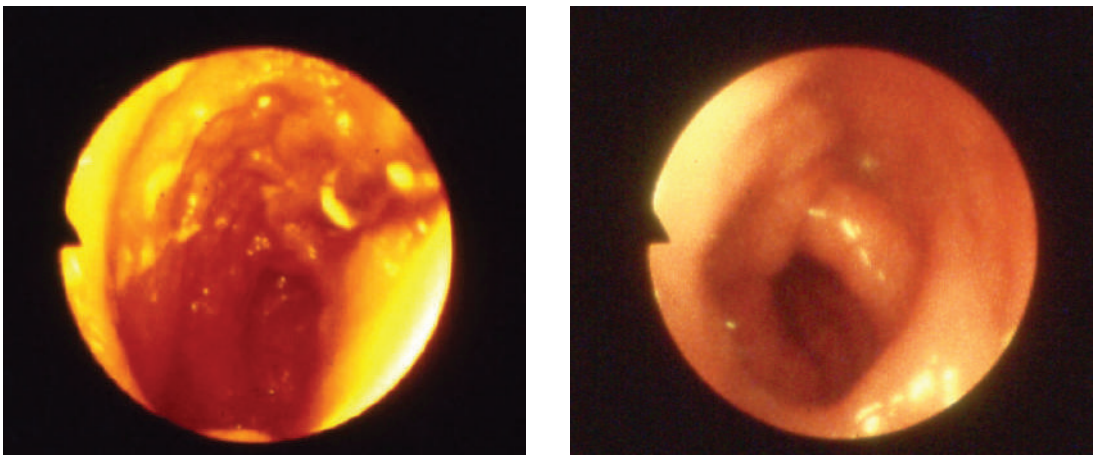


Рисунок 1 . Колоноскопия. Признаки хронического колита.

Недостаточность ИЦЗА достоверно чаще диагностирована у детей подгруппы А, что составило 13,7% и 2,2%, соответственно, обнаружение недостаточности ИЦЗА у детей с хроническим колостазом в наших исследованиях явилось вследствие вторичных изменений баугиниевой заслонки. Для дифференциальной диагностики генеза НИЦЗА нами проведена морфометрия купола слепой кишки устройством разработанным нами, методика проведения морфометрии. За норму размера купола слепой кишки в зависимости от возраста (M±m) в сантиметрах изучены во время фиброколоноскопии Буадзе М.Н., 1985 г. В результате исследования видно, что у 7 детей размеры баугиневой заслонки и ее составных частей соответствовало норме. Ширина и длина купола слепой кишки у этих детей приближалось к норме (7-12 лет длина купола слепой кишки 4,23±0,21, а ширина – 5,37±1,43), лишь у одного ребенка было выявлено гипоплазия купола слепой кишки, размеры: длина – 3,2 см, ширина – 3,53см. Эндоскопически недостаточность ИЦЗА характеризовалась отечностью уздечек, отечностью и гиперемией губ баугиниевой заслонки. При прикосновении колоноскопа отмечалась кровоточивость. При этом выявлена вторичная атрофия губ, отверстие баугиниевой заслонки имело овальную или щелевидную форму, находясь в основном в полуоткрытом состоянии с постоянным подтеканием тонкокишечного содержимого.

Необходимость проведения морфометрии купола слепой кишки обусловлена выявлением причины недостаточности ИЦЗА у детей. В зависимости от генеза НИЦЗА врожденного или приобретенного, определяется объем оперативного лечения. При колоноскопии затруднения исследования вызываются при прохождении нескольких петель удлиненной сигмовидной кишки, дополнительных петель интраперитонеально расположенного нисходящего отдела, острых углов селезеночного и печеночного изгибов. В 5 случаях поперечно-ободочная кишка была фиксирована в малом тазу, поэтому дальше этого препятствия пройти не удалось.

В ходе проведения колоноскопии у детей сравниваемых подгрупп в большом проценте были выявлены трещины ануса и прямой кишки (76,5% и 78,3%).

А также при колоноскопии у трех детей подгруппы А в виде находки выявлены полипы прямой кишки.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что эндоскопический метод необходим в диагностике хронического колостаза у детей, он дает возможность определить характер и степень поражения слизистой оболочки кишечника, что важно для выбора метода лечения.

Данный метод исследования позволяет с точностью установить характер и локализацию поражения толстой кишки, определить пороки развития толстой кишки и вторичные изменения баугиниевой заслонки, позволяющей осмотреть труднодоступные отделы толстой кишки и терминальный отдел подвздошной кишки, а также провести некоторые лечебные мероприятия.

Список литературы:

1. Машкеев, А.К. Современные проблемы детской гастроэнтерологии в Казахстане / А.К. Машкеев, Л.М. Карсыбекова, З.Б. Сарсенбаева // Материалы I съезда врачей Казахстана. - Алматы, 1997. – С. 1-3.
2. Фролькис, А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. / А.В. Фролькис. – Ленинград: Медицина, 1991. - 221 с.
3. Запруднов, А.М. Функциональные расстройства кишечника и хронические запоры у детей / А.М. Запруднов, О.Н. Царькова, Л.А. Харитонова // Вопросы детской диетологии. - 2010. – Т.8. - №3. - С. 66-80.
4. Айтжанов, А.Б. Оценка регионального кровотока по данным реографии у детей с патологией толстого кишечника / А.Б. Айтжанов // Денсаулык сактауды дамыту журналы. – 2010.- №3(56). - С. 73-76.
5. Chronic constipation: no longer stuck! Characterization of colonic dysmotility as a new disorder in children / J.M. Hutson et al. // J. Pediatr. Surg. – 2004. – 39. – P. 795-799.
6. Hirscprung-associated entrocolitis develops independently of NOD2 variants / Martin Lacher et al. // Journal of Pediatric Surgery. – 2010. - Vol.45. -P.1826-1831.

ТҮЙІН

Н.Н. АХПАРОВ, Н.Б. АФЛАТОНОВ,
К.М. АХТАРОВ, А.Ж. ОРАЗАЛИНОВ

БАЛАЛАРДАҒЫ ИДИОПАТИЯЛЫҚ МЕГАРЕКТОСИГМОИД КЕЗІНДЕГІ АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН БАҒАЛАУ

ҚР ДСМ Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы, Қазақстан

Мақсаты. Балалардағы идиопатиялық мегаректосигмоид кезіндегі асқазан-ішек жолының шырышты қабатын эндоскопия әдісімен баға беру.

SUMMARY

N.N. AKHPAROV, N.B. AFLATONOV,
K.M. AKHTAROV, A.ZH. ORAZALINOV

ENDOSCOPIC EVALUATION OF THE GASTROINTESTINAL MUCOSA IN IDIOPATHIC MEGARECTOSIGMOID IN CHILDREN

«Scientific center of pediatrics and pediatric surgery» of the Ministry of Health of RK,
Almaty, Kazakhstan

Purpose of the study is to evaluate the endoscopy condition of the gastrointestinal mucosa in idiopathic megarectosigmoid in children.

Нәтижелері. 3-14 жас аралығындағы 194 баланың асқазан-ішек жолының шырышты қабатын эндоскопия әдісімен баға беру ұсынылған. Созылмалы колостаздың әсерінен асқазан-ішек жолының шырышты қабаты және баугин қақпақшасының екіншілік өзгерістері байқалады.

Қорытынды. Эндоскопиялық әдіс балалардағы идиопатиялық мегаректосигмоид кезінде жалпылама диагностика үшін қажет және алынған талдауларды сараптап, асқазан-ішек жолындағы өзгерістердің пайда болуын айқындайды.

Негізгі сөздер: *іш қату, балалар, тоқ ішек, колит.*

Results. The result of endoscopic examination of the gastrointestinal mucosa of 194 children of 3-14 years old are presented. Against the background of chronic colostasis, there is a lesion of the gastrointestinal mucous wall and secondary changes in the buginium damper.

Conclusion. The endoscopic method is necessary in a complex of diagnostics at idiopathic megarectosigmoid in children and comparative analysis of the obtained data will allow to determine the presence and nature of possible visible changes in the gastrointestinal tract.

Keywords: *constipation, children, colon, colitis.*

УДК 613.953.1-053.32

Б.Қ. ДЖЕНАЛАЕВ[1], Ж.Т. БАУБЕКОВ[1], А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ[1], Р.А. КЕНЖАЛИНА[1], А.Е. АУБАКИРОВ[2], А.Е. ЕРГАЛИЕВ[2]

БАЛАЛАРДАҒЫ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЭКТОМИЯДА ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСКІН ҚАЛДЫҒЫН БЕТАДИНМЕН ӨҢДЕУ ТИІМДІЛІГІ

[1]Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
[2]Ақтөбе медициналық орталығы, Ақтөбе, Қазақстан

Аннотация. Эндобейнехирургиялық аппендэктомиядан кейінгі асқынуларды анықтау мақсатында операция жасалған 150 науқас бала зерттелді. Олардың 105 науқасы аппендициттің асқынбаған түрімен емделсе, 45 бала аппендикулярлы перитонитпен ем қабылдаған балалар. Барлық науқасқа аппендэктомияда лигатурлы әдіс қолданылып, құрт тәрізді өскін қалдығы бірнеше тәсілмен өңделді. Барлық науқастар 3 топқа 50 баладан бөлінді. Бірінші топтағыларға өскін қалдығы биполярлы коагуляция жасалса, екінші топтағы науқастарға коагуляциядан соң 0,5% спирттік хлоргексидинмен өңделді, ал үшінші топтағы балалардың өскін қалдығы коагуляциядан соң 1% бетадин ертіндісімен өңделді.

Жалпыға бірдей арнайы бактериологиялық зерттеу нәтижесінде спора түзбейтін анаэробты бактерияларды анықтауда, негізгі флора Escherichia coli мен Bacteroides fragilis анықталды.

Ал іш қуысының асқынуларының алдын алу мақсатында лигатурлы әдіспен орындалған лапароскопиялық аппендэктомиядан соң құрт тәрізді өскін қалдығын 1% бетадин ертіндісімен өңдеу тиімділігі анықталды.

Негізгі сөздер: *эндобейнехирургия, балалар, аппендэктомия, бетадин, лигатура.*

Заманауи емдеу әдістерінің бірі болып саналатын эндобейнехирургиялық әдісті балалар хирургиясының тәжірибесінде қолданғанымызға жиырма бес жылдан астам уақыт өтті. Бұл әдісті шұғыл хирургиялық науқастарға қолдану көрсеткіші күннен күнге артуда. Балалар хирургиясында шұғыл түрде кездесетін аурулардың 75%-ы аппендицит – соқыр ішектің құрт тәрізді өскінінің қабынуы [1,2,3,4]. Клиникамызда осы ауруды емдеу барысында лапароскопиялық әдісті 90% жағдайда қолданамыз. Әдістің тиімділігі өте жоғары бола тұра, операция барысындағы, операциядан кейінгі асқынулардың кездесуі, әдебиеттер мен ғылыми жұмыстар нәтижелерінде айтылып келеді [5,6,7,8]. Осы асқынулардың алдын алу мен лапароскопиялық емдеу әдісін жақсарту, медицина саласы мен әлеуметтік экономикалық салада да маңызды мәселелердің бірі болып отыр.

Әдебиеттерде лапароскопиялық аппендэктомиядан кейінгі асқынулардың негізгі себептері: операция барысында аппаратура мен құрал жабдықтардың ақаулықтарымен, дәрігерлер тәжірибесінің төмендігінен қателіктердің орын алуымен, лапароскопиялық аппендэктомияда лигатурлы әдісте – құрт тәрізді өскін қалдығын өңдеудің жеткіліксіздігімен, лапароскопиялық әдісті орынсыз қолданумен деп түсіндіреді [9,10].

Біздерді ойландыратын, негізінен лапароскопиялық аппендэктомиядан кейінгі іш қуысында дамитын қабыну ошағының көзін анықтау мәселесіне байланысты, бактериологиялық зерттеу жұмысы туралы еңбектер жоқтың қасы.

Зерттеудің мақсаты. Балалардағы лапароскопиялық аппендэктомияда құрт тәрізді өскінінің қалдығын өңдеуге тиімді антисептикті анықтап, аппендэктомиядан кейінгі асқынулардың алдын ала отырып, жедел аппендициттің емдеу нәтижесін жақсарту.

Материалдар мен әдістер: Ғылыми жұмыс Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің балалар хирургиясы кафедрасының базасы Ақтөбе медициналық орталығының балалар ауруханасында жалпы хирургия мен лапароскопиялық хирургия бөлімінде ем қабылдаған 150 науқас бала алынды.

Науқастың барлығына эндобейнеохирургиялық аппендэктомия лигатурлы әдіспен орындалды. Олардың 105 науқасы аппендициттің асқынбаған түрімен емделсе, 45 бала – аппендикулярлы перитонитпен ем қабылдаған балалар. Аппендикулярлы перитонитпен емделген науқастардың барлығына операциядан соң қорғаныш түтіктері қойылды, барлық түтікшелер іш қуысынан бөлініс тоқтаған соң, УДЗ нәтижелеріне

және науқастың клиникалық жағдайына қарай алынып тасталды.

Құрт тәрізді өскін қалдығының шырышты қабығын эндобейнехирургиялық залалсыздандыру әдісінің бактериологиялық зерттеу жұмысы, 150 науқастың барлығына жүргіздік, науқастарға ЛА-ны лигатурлы әдіспен орындадық. Зерттеуде 3 топқа 3 түрлі өңдеу әдісін қолдандық. Әрбір топта 35 бала аппендициттің асқынбаған түрімен, 15 бала асқынған түрімен ем қабылдады. Біздің әдістің ерекшелігі – құрт тәрізді өскінді шажырқайдан қадам-қадаммен биполярлы коагуляция арқылы негізіне дейін күйдіріліп, кесіліп ажыратылды. Өскіннің негізіне Roeder тұзағы салына отырып, байланды. Содан соң байланған жерден сыртқары 12-14 мм. қашықтықта екінші Roeder тұзағы салынып байланып, екі түйін арасы биполярлы коагуляция жасалып, 3/2-сі кесіліп, өскін қалдығының шырышты қабығы өңделді. Бірінші топтағы 50 науқасқа өскін қалдығының шырышты қабығы 30-40 Вт жиілікте биполярлы коагуляция жасалып, бактериологиялық тексеруге жұғын алынды. Дәл осындай тәсілмен екінші топтағы 50 науқастың да өскін қалдығының шырышты қабығы биполярлы коагуляциямен өңделген соң, 0,5%-ды спиртті хлоргексидин ерітіндісімен залалсыздандырылып, жұғын алынды. Ал үшінші топтағы 50 науқасқа өскін қалдығының шырышты қабығын биполярлы коагуляция мен өңделген соң 1%-ды бетадин ерітіндісімен 3-5 секунд экспозиция жасап, содан соң бактериологиялық зерттеуге жұғын алынды.

Өңдеу әдісін аппендициттің асқынған түрінде де қолдануды дұрыс көрдік. Себебі зерттеу нәтижесін нақтылау мен тәжірибеде кеңінен қолдану үшін, тиімді қажет тәсілді анықтап, аппендициттің барлық түрінде қолдануды ұсыну.

Аппендициттің асқынған түрінде жұғын алу айтарлықтай қиындық туғызған жоқ, себебі стерилді жағдайда жұғын алу барысында арнайы интродюссер қолданылды және жұғын көздеген жерден эндобейнекамерамен бақылана отырып алынды. Өңдеу әдісі жалпы алғанда аппендициттің барлық түрлерінде қамтылады. Бактериологиялық зерттеу 37^{0}С арнайы термостатта микроорганизмдердің өсу жүйесін 18 сағат пен 24 сағат аралықтарында бақылап отырдық. Егер микроорганизмдердің өсуі анықталса, оларды бөліп алып идентификациялау мақсатында арнайы ортада өсірілді. Ал толық нәтижесін 5-тәулікте алдық.

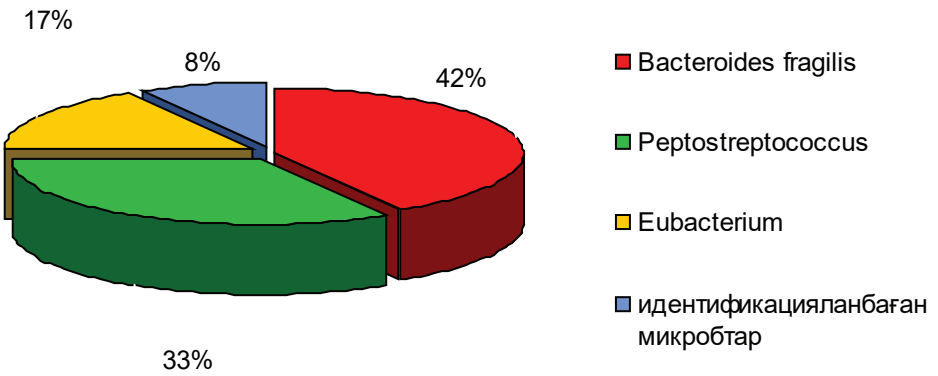
Зерттеу нәтижесі: Сонымен барлық зерттелген әдістердің қайсысы операциядан кейінгі асқынулардың төмендеуіне септігін тигізеді. Бұл сұрақтың жауабын зерттеу нәтижелері беріп отыр. Бірінші топтағы биполярлы коагуляциядан соң 15 науқаста микроорганизмдердің өсімі болды, биполярлы коагуляция 70% жағдайда ғана өскін қалдығының залалсызданғанын көрсетті. Ал, екінші топта биполярлы коагуляциядан соң, 0,5% спиртті хлоргексидин ерітіндісімен өңделіп, 8 науқаста микроорганизмдердің өсімінің болуы, 84% залалсызданғандығын білдірсе, үшінші топтағы науқастардың өскін қалдығы биполярлы коагуляциядан соң, 1%-дық бетадин ерітіндісімен өңделіп, 1 науқаста микроорганизмнің өсуі, биполярлы коагуляциядан соң бетадинмен өңдеуде, өскін қалдығының 98% таза болғандығын анықтадық.

Құрт тәрізді өскін қалдығының толық залалсызданбауы соқыр ішек қабынуының барлық түрінде де кездескендігі анықталғанмен, биполярлы коагуляциядан кейінгі 30% жағдайда жұғынның оң мәнді болуы, коагуляциядан соң міндетті түрде қосымша антисептиктермен өңдеудің қажеттілігін көрсетеді.

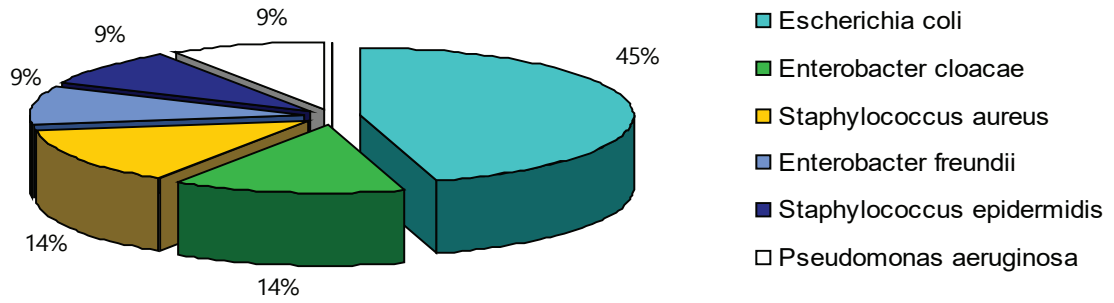
Зерттелген науқастардың ішінде операциядан кейінгі асқынулар тек 7 науқаста кездесті. Солардың басым бөлігі биполярлы коагуляциядан кейін дамыған асқынулар, оның 4-і оң жақ мықын аймағының инфильтраты болса, 3 науқаста оң жақ мықынның абсцесі анықталып, қайта реолапароскопия жасалды.

Құрт тәрізді өскін қалдығының шырышты қабығы өңделіп, бактериологиялық зерттеу барысында анаэробты флора бойынша ең жиі кездескен Bacteroides fragilis 42% (1-сурет) құрап отырса, аэробты флорада ең доминантты микроорганизм болып Escherichia coli 45% анықталды (2-сурет). Зерттелген 150 науқас баланың 24(16%)-де микроорганизмдер өсуі байқалды. Науқастардың 5(3,3%)-да аэробттар мен анаэробты микроорганизмдердің аралас жиынтығы анықталды, әрбір науқаста 2-3 микроорганизмдердің анықталуымен сипатталды. 15(10,0%)-науқаста басым бөлігі аэробтардың өсімі, ал 4(2,7%)-науқаста анаэробтардың басымдылығы анықталды. Сонымен қатар идентификацияланбаған микроорганизмдер де кездесті, оларды анаэробтар қатарына жатқыздық.

Бактериологиялық зерттеу нәтижесіне сүйене



1-сурет. Құрт тәрізді өскін қалдығынан анықталған анаэробты микроорганизмдердің өзара пайыздық көрсеткіші



2-сурет. Құрт тәрізді өскін қалдығынан анықталған аэробты микроорганизмдердің өзара пайыздық көрсеткіші

отырып, лапароскопиялық әдісті аппендициттің асқынбаған және асқынған түрлерінде де лигатурлы әдісті қолдану барысында биполярлы коагуляциядан соң, антисептиктермен өңдеу, соның ішінде бетадин ертіндісінің залалсыздандыру қасиетінің жоғары екендігі дәлелденді.

Лапароскопиялық жағдайда анықталған микроорганизмдер ассоциациясына көңіл бөлсек, анаэробты аэробты микроорганизмдер анықталуымен қатар, колония түзуші бірлігінің (КТБ/г.) жоғары болуы да операциядан кейінгі асқынулардың болуына бірден-бір негізгі себепші болады.

Ал лапароскопиялық жағдайда анаэробты микроорганизмге қарағанда аэробтылардың өсімі жиі байқалды. Анаэробтар іш қуысынан алынған іріңді сұйықтықта 1гр. мөлшерінде коллония түзуші бірліктің дәрежесі 10^6-10^9 аралықта болса, аэробты флоралар дәрежесі 10^5-10^7 аралығын құрады.

Микроорганизмдердің жоғарғы дәрежесі құрт тәрізді өскіннің гангренозды тесілген түрінде анықталды. Бұның өзі жергілікті перитонитте аэробты флораның азғана түрін көрсетсе, ал жайылған перитонитте аэробты, анаэробты флоралардың ассоциациясын, іріңді сұйықтықта микробтар симбиозының кездесуі, зерттеу барысында тығыз колониялардың түзілуі таза культураны бөліп алуға қиындық туғызды, дегенмен анаэробтардың өсу дәрежесінің жоғарылығы байқалды.

Аппендэктомиядан соң асқынуларға көңіл бөлсек, негізгі себептері: бріншіден, құрт тәрізді өскін қалдығының толық өңделмеуі мен кей жағдайларда қорғаныш түтігінің қойылмауы, ал бактериологиялық зерттеу нәтижесінде аэробты микроорганизмдерден басым көпшілігі *Escherichia coli* кездессе, ал анаэробты микроорганизмдерден *Bacteroides fragilis* анықталды.

Ал іш қуысының іріңді сұйықтығында да басымдылық көрсеткен – осы микробтардың өсімі.

Қорытынды:

- Бактериологиялық зерттеу нәтижесінде лапароскопиялық аппендэктомиядан кейінгі іш қуысы асқынуларының негізгі себебі – лигатурлы әдісте құрт тәрізді өскін қалдығының шырышты қабығының жеткіліксіз өңделуі екендігі дәлелденді.
- Құрт тәрізді өскін қалдығының шырышты қабығын биполярлы кагуляциямен және 1% бетадин ертіндісімен өңдеу, өскін қалдығының залалсыздануын 98% қамтамасыз етуі, операциядан кейінгі іш қуысының залалдануын 30%-дан 2%-ға дейін төмендетеді.
- Лапароскопиялық аппендэктомиядан соң құрт тәрізді өскін қалдығын өңдеу, лигатурлы әдісте өскін қалдығының шырышты қабаты биполярлы коагуляциядан соң 1% бетадин ертіндісімен өңдеу ең тиімді әдіс болып отыр.

Әдебиеттер тізімі:

1. Исаков, Ю.Ф. Острый аппендицит // В кн. Детская хирургия: Национальное руководство / Ю. Ф. Исаков, А.Ф. Дронов. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 690 с.
2. Ормантаев, К.С. Балалар хирургиясы / К.С. Ормантаев, А.А. Дюйсембаев. – Алматы, 2008. – 669 с.
3. Баубеков Ж.Т. Балалардағы жіті аппендицит : оқу құралы / Ж.Т. Баубеков. – Ақтөбе, 2013. – 152 с.
4. Дронов, А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котлобовский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 440 с.
5. Kapischke, M. Short term and long term results after open vs. laparoscopic appendectomy in childhood and adolescence: a subgroup analysis / M. Kapischke, A. Pries, A. Caliebe // BMC Pediatr. – 2013. – 1(13). – P. 154.
6. Golebiewski, A. The role of laparoscopy in the management of pediatric appendicitis: a survey of Polish pediatric surgeons / A. Golebiewski, P. Czauderna // WideochirInne Tech Maloinwazyjne. – 2015. - 10(1). – P. 101-106.
7. Laparoscopic treatment for complicated acute appendicitis in children, junior athletes / S. Ionescu et al. // Chirurgia (Bucur). – 2014. - 109(4). – P. 514-517.
8. Bacteriology of acute appendicitis and its implication for the use of prophylactic antibiotics / C.Y.Chen, Y.C.Chen, H.N.Pu et all. // Surg Infect (Larchmt). 2012 Dec; 13 (6) : 383 - 90.
9. Analysis of the medical decision in abdominal pain suggestive of acute appendicitis / Díaz Moreno E., García Gómez M, Castejón Casado J. et.all. // Cir Pediatr. - 2012 Jan; 25(1):40-5.
10. Treatment of suspected acute perforated appendicitis with antibiotics and interval appendectomy / Nazarey P.P., Stylianos S., Velis E. et all. // J Pediatr Surg. - 2014 Mar; 49 (3) : 447-50.

РЕЗЮМЕ

Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, Ж.Т. БАУБЕКОВ,
А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, Р.А. КЕНЖАЛИНА,
А.Е. АУБАКИРОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАДИНА ПРИ ОБРАБОТКЕ КУЛЬТИ ОТРОСТКА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Для выявления причин послеоперационных осложнении исследовано 150 детей, которым аппендэктомия выполнена эндохирургическим методом, из них 105 пациентов прооперировано по поводу неосложненной формы аппендицита, а 45-ти- по поводу аппендикулярного перитонита. Всем пациентам при аппендэктомии применяли лигатурный метод с различными методами обработки культи червеобразного отростка. Все больные разделены на 3 группы по 50 пациентов в каждой группе. В первой группе культя отростка обработана только биполярной коагуляцией, во второй группе -после биполярной коагуляции с 0,5% спиртовым хлоргексидином, а в третьей группе после коагуляции культя обработана с 1% раствором бетадина.

По результатам бактериологического исследования общепринятыми и специальными методами на выделение неспорообразующих анаэробных бактерий установлено, что преобладаюшей флорой являются Escherichia coli и Bacteroides fragilis.

Для профилактики внутрибрюшных гнойных осложнений при лигатурном методе лапароскопической аппендэктомии самой оптимальной обработкой культи отростка является 1%раствор бетадина после биполярной коагуляции. Данные внедрения значительно улучшают результаты лечения острого аппендицита у детей.

Ключевые слова: *эндовидеохирургия, дети, аппендэктомия, бетадин, лигатура.*

SUMMARY

B.K.JENALAYEV, ZH.T.BAUBEKOV,
A.B.TUSSUPKALIYEV, R.A.KENZHALINA,
A.YE.AUBAKIROV

THE EFFICIENCY OF BETADINE IN THE TREATMENT OF THE APPENDIX STUMP AFTER LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY OF CHILDREN

West Kazakhstan Marat
Ospanov State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

To identify the causes of postoperative complications, 150 children who underwent appendectomy with the endosurgical method were examined, 105 of whom were operated for uncomplicated appendicitis and 45 for appendicular peritonitis. A ligature method with various methods of cultivation of the stalk of the appendix is used for all patients under appendectomy. All patients are divided into 3 groups of 50 patients in each group. The first group with appendix stump was treated only with bipolar coagulation, in the second group the stump was treated after bipolar coagulation with 0.5% alcohol chlorhexidine, and in the third group after coagulation the stump was treated with 1% betadine solution.

The study showed that intra-abdominal postoperative complications developed in 19 patients. According to the results of bacteriological research, by conventional and special methods for the isolation of non-spore forming anaerobic bacteria, it is established that the predominant flora are Escherichia coli and Bacteroides fragilis.

For the prevention of intra-abdominal purulent complications after the ligature method of laparoscopic appendectomy, the most optimal treatment of the stump is 1% Betadine after bipolar coagulation. These interventions significantly improve the results of treatment of acute appendicitis in children.

Keywords: *endovideosurgery, children, appendectomy, betadine, ligature.*

УДК 616-084-053.6

Л.В. ДОЛОТОВА, Ж.Б. ДОСИМОВ, А.У. МУХАМБЕТОВА, Г.М. КУЛЬНИЯЗОВА,
А.Ж. ДОСИМОВ, Н.В. ШЕВЧУК

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация. Представлены результаты скринингового анкетирования 312 подростков (п. Сарколь-63, п. Кенкияк-249 детей), проживающих в регионе деятельности нефтегазодобывающих предприятий Актюбинской области. Данные получены путем проведения профилактических медицинских осмотров, оценки и анализа социально – психологического портрета школьников подросткового возраста. Полученная информация ориентирована на выявление отклонений в исходном состоянии соматического и психоэмоционального статусов подростков для разработки научно-методологических основ медицинского обеспечения социальной защиты и последующего целенаправленного и эффективного углубленного обследования с целью проведения необходимых коррекционных мероприятий

Ключевые слова: *подростки, скрининг, анкетирование, профилактические осмотры, социально-психологический статус, эффективность, целенаправленность.*

Введение. Скрининг (от англ. Screening – «просеивание») – общее название методов специальных проверок. В медицинской практике путем скрининга больших групп населения выявляют группы риска развития той или иной патологии. Скрининговым методом оценки состояния здоровья подростков являются обязательные медицинские профилактические осмотры, результаты которых позволяют комплексно оценить состояние здоровья подростков [1,2,3,4].

Предварительные результаты, полученные путем анкетирования, позволяют определить показания для последующего углубленного целенаправленного и эффективного обследования подростков для уточнения нозологии и коррекции выявленных нарушений [1,2,3,4].

Цель исследования. Оценить результаты скринингового анкетирования для определения социально – психологических данных и исходного состояния соматического и психоэмоционального статуса подростков на предварительном этапе профилактических осмотров.

Материалы и методы. В соответствии с целью исследования проведено анкетирование 312 (мал. – 168, дев. – 144) подростков 7 – 11 классов, проживающих в регионе деятельности нефтегазодобывающих предприятий Актюбинской области (п. Кенкияк, п. Сарколь). В качестве скринингового опросника использовался социальный паспорт, имеющий 14 вопросов, бланк педагогического опросника с 17 вопросами и педиатрическая анкета, включающая 88 вопросов с вариантами ответов, ориентированных на выявление отклонений в функциональном состоянии различных систем и психоэмоциональном статусе подростков.

Результаты исследования. Данные, полученные путем анализа социального паспорта, представлены в таблице №1.

По данным социального паспорта, родители подростков имеют преимущественно среднее образование (мать-64,2%, отец-61,0%). У 1/3 анкетированных образование среднее специальное и высшее. В полных семьях проживают 85,9% детей. Родители в разводе встречаются только у детей п. Кенкияк. Там же в 2 раза чаще, чем в п. Сарколь, имеются матери-одиночки (7,6% и 3,2%,соответственно). Материальное положение семьи преимущественно среднее (70,5%). Жилищные условия 93,9% подростков

Таблица № 1 Социальный паспорт анкетированных подростков

№	Данные анкеты	Сарколь, n = 63		Кенкияк n =249		Всего n = 312	
		n	%	n	%	n	%
1.	Образование матери						
	-незаконченное среднее	-	-	-	-	-	-
	- среднее	45	71,4	155	62,3	200	64,2
	-среднее специальное	18	28,6	38	15,4	56	17,9
	-высшее	-	-	56	19,6	56	17,9
2.	Образование отца						
	-незаконченное среднее	-	-	4	1,6	4	1,3
	- среднее	50	83,3	138	55,6	188	61,0
	-среднее специальное	10	16,7	61	24,5	71	23,0
	-высшее	-	-	46	18,3	46	14,7
3.	С кем проживает ребенок						
	-полная семья	58	92,0	210	84,5	268	85,9
	- мать	2	3,2	33	13,1	35	11,3
	- отец	1	1,6	3	1,2	4	1,3
	-опекун	1	1,6	1	0,4	2	0,6
	- бабушка	1	1,6	2	0,8	3	0,9
4.	Материальное положение семьи						
	- крайне низкое	-	-	6	1,9	6	1,9
	- ниже среднего	11	17,5	10	4,1	21	6,7
	- среднее	43	68,2	177	71,1	220	70,5
	-достаточно высокое	8	12,7	26	10,7	34	10,9
	- высокое	1	1,6	30	12,2	31	10,0
5.	Жилищные условия семьи						
	- отдельная квартира	62	98,4	231	92,8	293	93,9
	- коммунальная квартира	1	1,6	17	6,8	18	5,8
	- общежитие	-	-	1	0,4	1	0,3

6.	Условия жизни ребенка						
	- отдельная комната	48	76,2	228	91,6	276	88,5
	- уголок в общей комнате	15	23,8	21	8,4	36	11,5
	- свой письменный стол	-	-	73	29,4	73	23,4
	- отдельное спальное место	-	-	55	22,0	55	17,6
	- общая кровать с кем-то	7	11,1	17	6,7	24	7,7
7.	Социальная характеристика семьи- семья, потерявшая кормильца	-	-	3	1,2	3	0,9
	- одинокая мать	2	3,2	19	7,6	21	6,7
	- одинокий отец	1	1,6	3	1,2	4	1,3
	- родители в разводе	-	-	11	4,5	11	3,5
	- опекунская семья	1	1,6	1	0,4	2	0,6
	- беженцы (пострадавшие от стихийных, техногенных действий)	-	-	2	0,8	2	0,6
	- родители –пенсионеры	-	-	3	1,2	3	0,9
8.	Часто ли ребенок пропускает занятия по неуважительной причине?						
	- да	-	-	10	3,8	10	3,2
	- нет	63	100	233	93,6	296	94,9
	- относительно редко	-	-	6	2,6	6	1,9
9.	Часто ли ребенок приходит в школу без школьных принадлежностей?						
	- да	-	-	7	2,8	7	2,3
	- нет	63	100	239	96,0	302	96,8
	- относительно редко	-	-	3	1,2	3	0,9
10.	Выглядит ли ребенок неухоженным?						
	- нет	63	100	245	98,4	308	98,7
	- да (приходит в школу грязный, приходит в школу в порванной одежде, приходит в школу голодный)	-	-	4	1,6	4	1,3
11.	Есть ли признаки насилия над ребенком в семье?						
	- нет	63	100	234	93,9	297	95,2
	- да (синяки, затравленный взгляд, страх при повышении голоса)	-	-	15	6,1	15	4,8
12.	Занимается ли ребенок попрошайничеством?						
	- да	-	-	1	0,4	1	0,3
	- нет	63	100	248	99,6	311	99,7
13.	Существуют ли у ребенка проблемы (алкоголизм, ПАВ, асоциальное поведение)?						
	- да	-	-	2	0,8	2	0,6
	- нет	63	100	247	99,2	310	99,4
14	Часто ли ребенок выполняет домашние задания?						
	- да	53	84,1	187	70,0	240	77,0
	- нет	10	15,9	60	24,1	70	22,4
	- относительно редко	-	-	2	0,9	2	0,6

представлены отдельной квартирой (домом), в которых 88,5% детей имеют отдельную комнату. В п. Кенкияк отмечаются случаи социального неблагополучия детей в виде признаков насилия над ребенком в семье – 6,1%, а также единичных случаев попрошайничества, асоциального поведения, пропусков занятий по неуважительной причине, прихода в школу без школьных принадлежностей, неухоженным.

По результатам педагогического опросника, представленным педагогами п. Сарколь и п. Кенкияк, хорошая и средняя успеваемость отмечается у большинства обучающихся (94,2%). Трудности в обучении испытывали 5,8% подростков. У школьников п.Сарколь в 4 раза чаще отмечалось снижение успеваемости по сравнению с п. Кенкияк (60,8% и 13,4%, соответственно), в 3 раза чаще наблюдалась быстрая утомляемость (56,8% и 19,1% соответственно), плаксивость, обидчивость, частые смены настроения (49,0% и 14,1% соответственно). В отличие от п. Кенкияк в п. Сарколь в 2 раза чаще у подростков выявлялись замкнутость, в 3 раза чаще грубые, агрессивные формы поведения, чрезмерная подвижность, неусидчивость, частые жалобы на боли, в основном головные и боли в животе.

Жалобы большинства анкетированных подростков (257-82,3%) были субъективного характера и нередко сочетались между собой:

- боли в спине и суставах беспокоили каждого третьего (32%) подростка, в основном, старшеклассников; головные боли, головокружения отмечали 2/3 (70%) анкетированных подростков;

- боли в области сердца, сердцебиения, чувство нехватки воздуха наблюдалось у 130 (41,7%) участвующих в опросе школьников; - нарушения со стороны желудочно – кишечного тракта в виде отрыжки пищей, воздухом, тошноты, снижения аппетита были у каждого третьего подростка; - жалобы на боли в животе различной локализации имел каждый четвертый школьник; -нарушения сна в виде снохождения, сноговорения были у 72 (23%) анкетированных;

- быструю утомляемость, неуравновешенность, вспыльчивость отмечал каждый третий подросток.

Обсуждение полученных результатов. Анализ результатов социального статуса подростков свидетельствует о хорошем образовательном уровне родителей, благополучном материальном положении и жилищных условиях большинства подростков. По данным анкетирования педагогов выявлена существенная разница в психоэмоциональных особенностях подростков, проживающих в п. Сарколь, по сравнению со школьниками п. Кенияк. Полученные результаты позволяют выявить группу детей, нуждающихся в психологическом консультировании и проведении коррекционных мероприятий.

Проведение экспертной оценки выявленных субъективных ощущений подростков в виде разнообразных жалоб служит основанием для следующих предположений: - появление жалоб на боли в спине и суставах можно связать с нарушениями осанки и, возможно, снижением минеральной плотности костной ткани вследствие гиподинамии и дефектов питания подростков; - широкое распространение среди подростков жалоб на головные боли, нарушения сна, быструю утомляемость, видимо, можно связать с отклонениями в вегетативном статусе и психоэмоциональной сфере; - кардиалгии, сердцебиения, чувство нехватки воздуха носят функциональный характер по типу функциональной кардиопатии, обусловленной отклонениями в вегетативном (психосоматическом) статусе, характерными для подросткового возраста;

- наличие у значительной части подростков функциональных отклонений со стороны желудочно – кишечного тракта в сочетании с болями в животе свидетельствует о росте заболеваемости органов пищеварения в подростковом возрасте, отмечающемся в большинстве развитых стран.

Выводы. Таким образом, скрининговое анкетирование позволяет оценить социально-психологический портрет подростков, выявить основные отклонения в психосоматическом статусе детей подросткового возраста, генез которых будет уточнен на последующих этапах исследований специалистами различных профилей для проведения необходимых коррекционных мероприятий.

Список литературы:

1. Григорьянц, Л.Я. Контроль за развитием и состоянием здоровья подростков / Л.Я. Григорьянц, Д.Д. Панков, А.Г. Румянцев // Медицинская технология. – 2017. – С. 97.
2. Соматический и репродуктивный статус подростков г. Актобе / Ж.Б. Досимов, Г.М. Кульниязова, Л.В. Долотова, А.Ж. Досимов // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2015. - №2(46). – С. 38-42.
3. Организационные аспекты совершенствования технологии профилактических медицинских осмотров школьников / А.Ж. Досимов, Л.В. Долотова, Г.М. Кульниязова, Ж.Б. Досимов // Серия конференций ЗКГМУ имени Марата Оспанова. – 2017. – Т.1. – С. 349-351.
4. Перспективы оптимизации технологий профилактических медицинских осмотров подростков / А.Ж. Досимов, Г.М. Кульниязова, Ж.Б. Досимов, Л.В. Долотова // Серия конференций ЗКГМУ имени Марата Оспанова. – 2017. – Т.1. – С. 351-353.

ТҮЙІН

Л.В. ДОЛОТОВА, Ж.Б. ДОСИМОВ,
А.У. МУХАМБЕТОВА, Г.М. КУЛЬНИЯЗОВА,
А.Ж. ДОСИМОВ, Н.В. ШЕВЧУК

МҰНАЙГАЗ ӨНДІРІСІ ОРНАЛАСҚАН АЙМАҚТАРДА ТҰРАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Тексеру мақсатындағы скринингтік сауалнама көмегімен бағалауға сәйкес, мұнайгаз өндірісі

SUMMARY

L.V.DOLOTOVA,ZH.B.DOSSIMOV,
A.U.MUKHAMBETOVA, G.M.KULNIYAZOVA,
A.ZH.DOSSIMOV, N.V.SHEVCHUK

THE RESULTS OF THE SCREENING SURVEY OF ADOLESCENTS LIVING IN THE REGION OF OIL AND GAS PRODUCTION

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Questionnaire survey of 312 schoolchildren living in the region of oil and gas producing by enterprises was

орналасқан аймақтарда тұратын жасөспірім жастағы 312 мектеп оқушысына әлеуметтік, соматикалық және психологиялық статусының бастапқы күйін бағалау үшін сауалнама жүргізілді. Алынған мәліметтер жасөспірімдердің әлеуметтік-психологиялық бейнесін құруға және психосоматикалық статусындағы негізгі ауытқуларды анықтауға мүмкіндік берді, ол ауытқулардың генезі қажетті түзету шараларын енгізу үшін әртүрлі мамандардың көмегімен тексерудің келесі қадамдарында анықталатын болады.

Негізгі сөздер: *жасөспірімдер, скрининг, сауалнама жүргізу, профилактикалық қараулар, әлеуметтік-психологиялық статус, тиімділігі, мақсатқа бағытталғандық.*

conducted to determine the baseline status of the social, somatic and psychological status of adolescents. The obtained data allowed to compile a socio - psychological portrait of adolescents and reveal the main deviations in the psychosomatic status of adolescents. The genesis of the main deviations will be specified at subsequent stages of the research by the various specialists for the necessary corrective measures.

Keywords: *adolescents, screening, a questionnaire survey, preventive examinations, social and psychological status, efficiency, purposefulness.*

УДК 616-008.64:611.018.4-053.6

Ж.Б.ДОСИМОВ, А.Ж. ДОСИМОВ, Г.М. КУЛЬНИЯЗОВА, К.Б. АБДРАХМАНОВ, Л.В. ДОЛОТОВА

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И D-ВИТАМИННЫЙ СТАТУС У ПОДРОСТКОВ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩИХ РЕГИОНОВ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан.

Аннотация. Представлены результаты определения минеральной плотности костной ткани методом ультразвуковой остеоденситометрии у 472 подростков населенных пунктов Кобда (контрольная группа) и регионов деятельности нефтегазодобывающих предприятий (основная группа).Выявлен факт меньшей распространенности нормальной минеральной плотности и более частую встречаемость остеопении у подростков основной группы. По результатам оценки D-витаминного статуса по уровню активного метаболита 25 (OH) D выявлена значительная распространенность недостаточной обеспеченности витамином D подростков независимо от региона постоянного проживания.

Определены перспективы последующих исследований, направленных на выяснение возможных причинно-следственных соотношений в генезе снижения минеральной плотности костной ткани и дефицитного D-витаминного статуса.

Ключевые слова: *подростки, минеральная плотность костной ткани, D-витаминный статус, регион постоянного проживания, ультразвуковая остеоденситометрия.*

Актуальность. В течение длительного времени остеопороз считали болезнью исключительно взрослого, преимущественно пожилого населения, обусловленной возрастной потерей костной ткани. В настоящее время убедительно доказано, что истоки развития остеопении/остеопорозов находятся в детском, особенно в подростковом возрасте, так как к завершению процесса полового развития костная масса достигает генетически детерминированного уровня - пиковой костной массы, определяющей прочность кости на протяжении всей последующей жизни человека. Последние сведения по распространенности остеопении/остеопорозов в детском возрасте отличаются значительным разбросом данных (от 5% до 59%) в связи с ограниченной доступностью специальной диагностической аппаратуры, и что очень важно недостаточной осведомленностью педиатров по сущности данной патологии детей и подростков. [1,2,3]. По данным исследований А.Аманжолқызы нормальная минеральная плотность костной ткани в г.Актобе выявлена только у 12% обследованных подростков [4,5]

В равной мере очевидна важная роль витамина D в организме человека, который необходим для формирования и поддержания нормальной структуры костной ткани у детей и подростков. Дефицит витамина D у подростков отрицательно сказывается на состоянии параметров костной ткани и является одним из основных факторов снижения минеральной плотности ткани с развитием остеопении/остеопорозов. Констатирована высокая частота дефицита витамина D в популяции и в том числе у детей раннего и более старших возрастов [6,7].

Вместе с тем следует отметить очевидный факт существованных изменений представлений о роли витамина D в организме человека. Доказано, что витамин D стероидный прегормон и в этой связи его дефицит имеет следствием не только нарушение минеральной плотности костной ткани, но и способствует повышенному риску развития различных

внекостных патологических состояний таких как сахарный диабет, аутоиммунные и воспалительные заболевания , артериальная гипертензия, онкопатология и др.

По литературным данным практически отсутствуют сведения по состоянию минеральной плотности костной ткани и D-витаминному статусу у детей и подростков, проживающих в экологически неблагоприятных условиях и в том числе в регионах производственной деятельности нефтегазодобывающих предприятий.

Вышеуказанное обстоятельство послужило основанием для проведения целенаправленных исследований по определению минеральной плотности костной ткани и D-витаминного статуса у подростков нефтегазодобывающих и относительно экологически благоприятных регионов Актюбинской области.

Цель исследования. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани и D-витаминный статус у подростков, проживающих в нефтегазодобывающем регионе

Материалы и методы. Проведено обследование методом ультразвуковой денситометрии 472 (239 мальчиков, 233 девочек) подростков населенных пунктов Хобда (169 подростков-контрольная группа), Кенкияк и Сарколь (303 подростка – основная группа). Возраст подростков в пределах 14-17 лет. Минеральная плотность костной ткани оценивалась по результатам ультразвуковой остеоденситометрии пяточной кости (ультразвуковой денситометр Senost 3 000, производства Южная Корея).Результаты выдаются в автоматическом режиме в форме заключений: норма, остеопения, остеопороз. Исследования крови на предмет обеспеченности витамином D по уровню активного метаболита 25 (OH) D проведено у 132 подростков методом электрохемолюминисцентного иммунологического анализа.

Референтные значения содержания 25 (OH) D: 30-100 пг/мл. - адекватный уровень, 20-30 пг/мл - недостаточность, менее 20 пг/мл - дефицит .

Результаты исследований.

1. *Результаты исследования минеральной плотности костной ткани подростков.*

Исследования минеральной плотности костной ткани проведено у 472 подростков населенных пунктов Кобда (контрольная группа-169 подростков), Кенкияк (240 подростков), Сарколь (63 подростка).

Нормальная плотность костной ткани констатирована у каждого третьего (33,7%) подростка, проживающего в Кобде, в отличие от которых подросткам региона производственной деятельности нефтегазодобывающих предприятий свойственна относительно редкая встречаемость (Кенкияк-20,8%, Сарколь-20,6%) нормальных значений показателя, выявленного практически у каждого пятого подростка основной группы (таблица1).

Основному контингенту обследованных подростков свойственны остеопении с относительно большими значениями показателя у школьников поселков Кенкияк (71,7%) и Сарколь (77,8%). Значительно реже выявлены остеопорозы без существенных различий в зависимости от места проживания обследованного контингента.

Анализ совокупности полученных результатов остеоденситометрии без учета места проживания подростков позволяет констатировать следующее: нормальная минеральная плотность костной ткани свойственна каждому четвертому (116-24,6%) подростку, остеопении выявлены у абсолютного большинства (323-68,4%) обследованных, при существенно низких значениях (29-8,3%) выявляемости остеопорозов.

В данном контексте представляется важным анализ результатов сравнения показателей минеральной плотности костной ткани у подростков основной группы в целом (Кенкияк и Сарколь) с данными исследования школьников контрольной группы (таблица 2)

Представленные данные позволяют отметить факт меньшей распространенности нормальной минеральной плотности костной ткани и более частую встречаемость остеопении у подростков основной группы по сравнению с аналогичными результатами исследования школьников контрольной группы. Данные по частоте выявляемости остеопорозов в исследуемом и контрольном регионе вполне сопоставимы.

2. *Результаты исследования D-витаминного статуса подростков.*

D-витаминный статус по уровню активного

Таблица1. Показатели минеральной плотности костной ткани у подростков.

Населенный пункт	Количество обследованных	Минеральная плотность костной ткани		
		Нормальная абс./отн.	Остеопении абс./отн.	Остепорозы абс./отн.
Кобда	169	53-33,7%	102-60,4%	10-5,9%
Кенкияк	240	50-20,8%	172-71,7%	18-7,5%
Сарколь	63	13-20,6%	49-77,8%	1-1,6%
Всего	472	116-24,6%	323-68,4%	29-8,3%

Таблица 2. Показатели минеральной плотности костной ткани у подростков в зависимости от региона проживания.

Населенный пункт	Количество обследованных	Минеральная плотность костной ткани		
		Нормальная абс./отн.	Остеопении абс./отн.	Остеопорозы абс./отн.
Нефтегазодобывающий регион (Кенкияк, Сарколь)	303	63-20,8%	221-72,9%	19-6,3%
Контрольная группа (Кобда)	169	53-33,7%	102-60,4%	10-5,9%

метаболита 25 (OH) D определен у 132 подростков и в том числе Кобды (52 подростка), Шенгельши (17 подростков),Сага (10 подростков), Кенкияк и Сарколь (43 подростка).

Нормальный уровень 25(OH)D выявлен практически у каждого третьего подростка контрольной группы при значительном разбросе значений данного показателя в пределах 27-48,8% по результатам обследования школьников, проживающих в регионе деятельности нефтегазодобывающих предприятий (таблица 3).

Недостаточность витамина D выявлена в пределах сопоставимых значений по данным обследования подростков населенных пунктов Кобда, Сага и Шенгельши. Вместе с тем, очевиден факт меньшей распространенности недостаточности витамина В у подростков населенных пунктов Кенкияк и Сарколь, по всей видимости, за счет преобладания контингента с нормальными значениями показателя. Дефицит витамина D и в равной мере его недостаточность и нормальный уровень выявлены практически у каждого третьего подростка,независимо от региона проживания.

В этой связи очевидна необходимость сопоставления D –витаминного статуса подростков проживающих в регионах деятельности нефтегазодобывающих предприятий в целом и школьников поселка Кобда (таблица 4).

Представленные данные свидетельствуют о том, что в структуре D-витаминного статуса подростков контрольной группы доминирует контингент с недостаточным уровнем 25 (OH) D при меньших значениях показателя распространенности дефицита и нормального уровня активности метаболита витамина D по сравнению с результатами обследования школьников основной группы.

В целом следует отметить очевидный факт значительной распространенности недостаточной обеспеченности витамином D обследованных подростков независимо от региона постоянного проживания. Так в частности в структуре обследования 132 подростков преобладает контингент (84-63,6%) с недостаточным и дефицитным уровнем обеспеченности организма школьников витамином D независимо от региона проживания (таблица 3).

Обсуждение полученных данных. Результаты предварительных исследований позволили констатировать факт меньшей распространенности нормальной минеральной плотности костной ткани и более частой встречаемости остеопении у подростков,

Таблица 3.D-витаминный статус у подростков.

Населенный пункт	Количество обследованных	D-витаминный статус		
		Нормальный абс./отн	Недостаточный абс./отн.	Дефицитный абс./отн.
Кобда	52	17-32,7%	21-40,4%	14-26,9%
Сага и Шенгельши	37	10-27%	17-45,9%	10-27%
Кенкияк и Сарколь	43	21-48,8%	6-14%	16-37,2%
Всего	132	48-36,4%	44-33,3%	40-30,3%

Таблица4. D-витаминный статус у подростков в зависимости от региона проживания.

Населенный пункт	Количество обследованных	D-витаминный статус		
		Нормальный абс./отн.	Недостаточный абс./отн.	Дефицит абс./отн.
Нефтегазодобывающий регион (Кенкияк, Сарколь, Сага, Шенгельши).	80	31-38,7%	23-28,8%	26-32,5%
Контрольный регион (Кобда)	52	17-32,7%	21-40,4%	14-26,9%

постоянно проживающих в регионе производственной деятельности нефтегазодобывающих предприятий по сравнению с данными полученными при обследовании школьников контрольной группы.

Вместе с тем следует отметить очевидное и не менее значимое обстоятельство, сущность которого заключается в абсолютном доминировании контингента подростков со сниженной (остеопении, остеопорозы) минеральной плотности костной ткани независимое от места постоянного жительства.

В равной мере аналогичная закономерность, заключающаяся в несостоятельности D-витаминного статуса (недостаточность и дефицит 25 (OH) D), свойственна большинству подростков основной и контрольной групп.

Выяснение причинно-следственных соотношений в генезе негативных тенденций в состоянии минеральной плотности костной ткани и D-витаминного статуса сопряжено с объективными сложностями: многофакторностью проблемы, скрининговым этапом исследования, что предполагает последующее целенаправленное и углубленное обследование вышеуказанного контингента подростков.

Выводы. 1.По результатам исследований выявлен факт снижения минеральной плотности костной ткани независимо от места постоянного проживания, наиболее очевидное у подростков региона деятельности нефтегазодобывающих предприятий.

2. В равной мере данные исследования позволили отметить D-витаминную недостаточность у большинства обследованного контингента независимо от региона постоянного проживания подростков.

3. Выяснение причинно-следственных соотношений в генезе снижения минеральной плотности костной ткани и D-витаминной недостаточности определяет необходимость расширения спектра целенаправленного обследования подростков.

Список литературы:

1. Досимов, Ж.Б. Остеопении у детей и подростков / Ж.Б. Досимов, А.Ж Досимов // Педиатрия и детская хирургия. – 2013. - №3. - С. 49-52.
2. Щеплягина, Л.А. Остеопении у детей : пособие для врачей / Л.А. Щеплягина, Т.Ю. Моисеева, Т.В.Коваленко. – М., 2005. - 45с.
3. Котова, С.М. Формирование скелета у детей и подростков в норме и патологии : пособие для врачей / С.М. Котова, Н.А. Орлова, И.М. Максимова. – М., 2012. - 44 с.
4. Аманжолкызы, А. Особенности метаболизма костной ткани у детей, проживающих в Казахстане (на примере г.Актобе) / А. Аманжолкызы, Р.Е. Ергалиева, А.Т. Калдыбаева, А.Ж.Досимов // Медицинские новости Грузии. - 2016. - №2. - С. 59-58.
5. Аманжолкызы, А. Состояние плотности костной ткани у здоровых подростков в Западном регионе Казахстана / А. Аманжолкызы, А.Ж. Досимов // Международная конференция молодых ученых. – Спб.: СпбГУ, 2015. - С. 29.-30.
6. Захарова, И.Н. Что нужно знать педиатру о витамине D: новые данные о его роли в организме / И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева, С.В. Васильева // Педиатрия. - 2014. - №3. - С. 111-117.
7. Захарова, И.Н. Мониторинг статуса витамина D у подростков города Москвы в течение года / И.Н Захарова, Т.М. Творогова, В.И. Вечерко // Педиатрия. - 2015. - №2. - С. 114-119.

ТҮЙІН

Ж.Б. ДОСИМОВ, А.Ж. ДОСИМОВ,
Г.М. ҚҰЛНИЯЗОВА, Қ.Б. АБДРАХМАНОВ,
Л.В. ДОЛОТОВА

МҰНАЙГАЗ ӨНДІРУШІ АЙМАҚТАРДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ Д-ДӘРУМЕНДІК СТАТУСЫ ЖӘНЕ СҮЙЕК ТІНДЕРІНІҢ МИНЕРАЛДЫҚ ТЫҒЫЗДЫҒЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Мұнайгаз өндіретін аймақтардағы мекемелердің айналасында (негізгі топ) және Қобда кентінде тұратын (бақылау тобы) 472 жасөспірімге жүргізілген ультрадыбысты остеоденситометрия әдісімен анықталған сүйек тінінің минералды тығыздығының нәтижелері берілген.

Жасөспірімдердің негізгі тобында қалыпты минералды тығыздылықтың аз таралуы мен остеопенияның жиі кездесу фактысы анықталды.

SUMMARY

ZH.B. DOSSIMOV,A.ZH. DOSSIMOV,
G.M. KULNIYAZOVA, K.B. ABDRAKHMANOV,
L.V. DOLOTOVA

MINERAL DENSITY OF BONE TISSUE AND D-VITAMIN STATUS IN ADOLESCENTS OF OIL AND GAS DEPOSIT REGIONS

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The article presents the results of evaluation of bone tissue mineral density by osteodensitometry ultrasound method in 472 adolescents of Kobda region (a control group) and oil and gas deposit regions (the main group). Lower prevalence of normal mineral density and a more frequent occurrence of osteopenia in adolescents of the main group were revealed. The evaluation of D-vitamin status based on the level of active metabolite 25 (OH) D revealed a significant prevalence of insufficient vitamin D supply in adolescents regardless of the region of their

Тұрақты өмір сүру аймағына тәуелсіз 25 (OH) D белсенді метаболитінің деңгейі бойынша D-дәрумендік статусты бағалаудың нәтижелері, жасөспірімдердің D дәруменімен қамтылуы жеткіліксіздігінің айқын таралғандығы анықталды.

D-дәрумендік статусының тапшылығы мен сүйек тіндерінің минералды тығыздығының азаюының мүмкін болатын себеп-салдарының қарым-қатынасын анықтауға бағытталған перспективалық одан арғы зерттеулер айқындалды.

Алдын алу бағдарламаларының мазмұны және қажеттілігі негізделді.

Негізгі сөздер: *жасөспірім, сүйек тіндерінің минералды тығыздығы, D- дәрумендік статус, тұру аймағы, ультрадыбысты остеоденситометрия.*

permanent residence.

Prospects of further studies aimed at identifying of possible cause-effect relationships in the genesis of bone mineral density reduction and deficient D-vitamin status have been determined.

Keywords: *adolescents, bone mineral density, D-vitamin status, region of permanent residence, ultrasonic osteodensitometry.*

УДК 616.36-002.951.21-089-053.2

С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, А.С. ЕСЕНКУЛОВА, О.Р. ЗАЙНУЛЛИНА, М.М. БЕЛЯЕВ, К.К. СУЮНГАРИН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация.

Актуальность. Эхинококкоз – широко распространенное хроническое паразитарное заболевание человека в странах, где развито животноводство, в том числе в Казахстане. В настоящее время предложено большое количество методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Эффективность хирургического лечения в настоящее время должно оцениваться качеством жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Изучение качества жизни больных детей после эндовидеохирургической и традиционной эхинококкэктомии печени.

Материалы и методы исследования. Исследование качества жизни проведено у двух групп больных, перенесших эндовидеохирургическую эхинококкэктомию печени (основная группа, n=15) и традиционную эхинококкэктомию печени (группа сравнения, n=15). С целью изучения качества жизни проведено исследование по опроснику SF-36.

Результаты исследования и обсуждение. Полученные результаты показателей качества жизни (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, шкала боли, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое функционирование) у больных с эхинококкозом печени после эндовидеохирургической эхинококкэктомии печени были относительно выше, чем у больных, оперированных традиционным способом.

Выводы. Более лучшие показатели качества жизни пациентов в послеоперационном периоде после эндовидеохирургической эхинококкэктомии печени указывают на его большую эффективность в сравнении с традиционной операцией.

Ключевые слова: *Эхинококкоз печени, эндовидеохирургическая эхинококкэктомия, качество жизни.*

Актуальность. Эхинококкоз – широко распространенное хроническое паразитарное заболевание человека в странах, где развито животноводство [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8], в том числе в Казахстане. Из-за миграции населения отмечается широкое распространение эхинококкоза. В некоторых странах это заболевание относится к числу угроз, представляющих национальную безопасность [9]. Общая численность заболевших составляет более 1 миллиона человек и в настоящее время ВОЗ работает над утверждением к 2020 году эффективных стратегий борьбы с эхинококкозом [10]. По данным литературы, чаще встречается эхинококкоз печени [11]. Существующие открытые методы хирургического лечения эхинококковых кист печени не всегда удовлетворяют хирургов [12, 13, 14]. В последние три десятилетия отмечается активное применение методов эндовидеохирургии в лечении большинства заболеваний органов грудной и брюшной полости. Критериями эффективности эндовидеохирургических и открытых операций при эхинококкозе в клинических исследованиях традиционно являются физикальные

и лабораторные данные. Однако они не отражают самочувствия больного и его функционирования в повседневной жизни, которые относятся к понятию «качество жизни». Качество жизни – это «интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» [17]. Эффективность хирургического лечения, по мнению экспертов ВОЗ и ведущих специалистов, оценивается качеством жизни пациентов в послеоперационном периоде. При изучении качества жизни можно четко представить суть клинической проблемы, выбрать наиболее рациональный подход к лечению, удовлетворяющий нуждам больного, и, что самое главное, оценить его эффективность по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациента. Показатель КЖ может быть использован как основной показатель при сравнении различных методов лечения.

Цель исследования. Изучение качества жизни детей после эндовидеохирургической и традиционной эхинококкэктомии печени. **Материалы и методы исследования.** Исследование качества жизни проведено у двух групп больных, перенесших эндовидеохирургическую эхинококкэктомию печени (основная группа, n=15) и традиционную эхинококкэктомию печени (группа сравнения, n=15). Для сравнения качества жизни использована третья группа здоровых детей (без признаков заболеваний) – 10 человек. Группы обследованных пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, виду проведенных оперативных вмешательств, размеру кист. Возраст пациентов колебался от 12 до 17 лет. С целью изучения качества жизни проведено исследование по опроснику SF-36 [18]. Опросник SF-36 является наиболее распространенным общим опросником изучения качества жизни. Опрос проводили в двух точках: до операции и через 6 месяцев после операции. Все вопросы (36) опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), шкала боли (P), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE), психологическое функционирование (RE) . Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты исследования. Полученные результаты отражены в таблице 1.

Обсуждение полученных данных. Как видно из данных таблицы, низкие показатели физического функционирования (PF) до операции по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность больных с эхинококкозом значительно ограничивается состоянием их здоровья.

В послеоперационном периоде отмечается достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни в обеих группах. В основной группе больных, оперированных эндовидеохирургическим путем, КЖ достоверно выше по сравнению с перенесшими традиционные виды оперативных вмешательств и сопоставимо с КЖ контрольной группы здоровых людей ($p<0,05$). Низкие показатели по шкале «Ролевое физическое функционирование (RP)» у больных с эхинококкозом свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием. Отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни в обеих группах в послеоперационном периоде. В основной группе больных, оперированных эндовидеохирургическим путем, КЖ достоверно выше по сравнению с перенесшими традиционные виды оперативных вмешательств ($p<0,05$). Низкие показатели по шкале «Боль (P)» у больных с эхинококкозом свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность интервьюируемого. Установлено достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни в обеих группах в послеоперационном периоде. В группе эндовидеохирургически оперированных КЖ достоверно незначительно выше, по сравнению с перенесшими традиционные виды оперативных вмешательств и в обеих исследуемых группах сопоставимо с КЖ контрольной группы здоровых людей ($p<0,05$). Отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни в обеих группах в послеоперационном периоде по шкале «Общее здоровье (GH)». В группе эндовидеохирургически оперированных КЖ достоверно незначительно выше, по сравнению с перенесшими традиционные виды оперативных вмешательств и без статистической достоверности выше КЖ контрольной группы здоровых людей ($p>0,05$). Отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни в обеих группах в позднем послеоперационном периоде по шкале «Жизнеспособность (VT)». В группе эндовидеохирургически оперированных КЖ достоверно незначительно выше,по сравнению с перенесшими традиционные виды оперативных вмешательств. Анализ шкалы «Социальное функционирование (SF)» показывает достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни в обеих группах в позднем послеоперационном периоде. В обеих группах КЖ на уровне КЖ контрольной группы здоровых людей. Отмечается достоверное ($p<0,05$) увеличение качества жизни по шкале «Эмоциональное функционирование (RE)» в группе перенесших эндовидеохирургическую эхинококкэктомию в послеоперационном периоде и незначительное снижение показателя (недостоверное, $p>0,05$) в группе с традиционными хирургическими методами. Анализ шкалы «Психологическое функционирование»показывает незначительное увеличение качества жизни в обеих группах в позднем послеоперационном периоде. В обеих группах КЖ на уровне КЖ контрольной группы здоровых людей.

Выводы. Таким образом, у детей с эхинококкозом печени все показатели качества жизни до операции были снижены. В послеоперационном периоде у детей обеих групп отмечается улучшение показателей, но в группе детей, оперированных эндовидеохирурги-

Таблица 1. Показатели качества жизни в сравниваемых группах

Показатели	Здоровые дети (n=10)	традиционная ЭП (n=15)		ЭВХ ЭП (n=15)	
		до операции	через 6 месяцев	до операции	через 6 месяцев
Физическое функционирование (PF)	90,6±0,70	65,1±0,73	70,93±0,82	65,4±0,4	89,1±0,5
Ролевое физическое функционирование (RP).	93,3±0,7	44,3±0,5	48,1±0,5	43,2±0,4	73,0±0,53
Боль (P)	90,1±0,7	58,2±0,5	80,4±0,6	60,5±0,6	89,7±0,4
Общее здоровье (GH)	75,2±0,68	53,6±0,49	66,3±0,5	51,2±0,5	78,9±0,6
Жизнеспособность (VT)	77,1±0,53	54,2±0,7	65,1±0,6	55,1±0,6	78,8±0,46
Социальное функционирование (SF)	85,8±0,55	62,8±0,65	74,5±0,6	60,1±0,5	83,2±0,4
Эмоциональное функционирование (RE)	89,2±0,58	68,8±0,55	58,8±0,78	67,2±0,48	79,5±0,4
Психологическое функционирование (MH)	74,4±0,57	59,1±0,6	63,7±0,6	61,1±0,57	67,8±0,4

ческим путем, показатели качества жизни были выше, чем после операций, выполненных традиционным путем. Более лучшие показатели качества жизни пациентов в послеоперационном периоде после эндовидеохирургической эхинококкэктомии указывают на его большую эффективность в сравнении с традиционной операцией.

Список литературы:

1. Case Report: Spontaneous liver Hydatid Cyst Rupture in a Child / A. Sumer et al. // Israeli Journal of Emergency Medicine. - 2009. – №1. -Vol.9.
2. Ismail, M. Tantawy Hydatid Cysts in Children / M.Ismail // Annals of Pediatric Surgery. - 2010. - №2. - Vol.6. – P. 98-104.
3. Shamsiev, J. Principles of diagnostic and treatment of echinococcosis in children / J. Shamsiev // Medical and Health Science Journal. - 2011. – Vol.5. - P. 88-90.
4. Diagnostics in cystic echinococcosis: Serology versus ultrasonography / J. Wuestenberg et al. // Turk J Gastroenterol. – 2014. – 25. – P. 398-404.
5. Results of surgical treatment of hydatid liver disease in children/ H.I. Ibodov et al. // Archiv euromedica. - 2015. - Vol.5(1). – P. 20-22.
6. Hydatid Liver Disease in a Child / Volkan Sarper Erikci et al. // Clinics in Surgery. - Gastroenterological Surgery. – 2017. – Vo.2. - Article 16071.
7. Echinococcosis in children: Experience in a tertiary care hospital outside the endemic area / G. Berberian et al. // Arch Argent Pediatr. – 2017. -115(3). – P. 274-286.
8. Liver Hydatid Cyst in Children (A 14-year Review) / A. Mirshemirani et all. // Iran J Pediatr. – 2011. - 21(3). – P. 385-389.
9. Echinococcosis. World Health Organization. Fact sheet. / Updated March 2017. – URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/en/.
10. Ордабеков, С.О. Эхинококкоз человека : учебное пособие/ С.О. Ордабеков, С.К. Акшулаков С.К., О.К. Кулакеев. – Алматы: Эверо. – 2009. – 512 с.
11. Домашенко, О.Н. Эхинококкоз печени: диагностика, лечебная тактика / О.Н. Домашенко, А.Д. Шаталов, Д.С. Паниева // Медицинские науки. Клиническая медицина. – 2016. - №3(39). - С. 35-40.
12. Percutaneous treatment of hydatid liver cyst / A. Giorgio et al. // Recent Pat Anti-infect Drug Discov. – 2009. – 4. – P. 29-36.
13. Brunetti, E. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Writing Panel for the WHO-IWGE. / E. Brunetti, P. Kern, D.A. Vuitton // Acta Trop. – 2010. - 114(1). – P. 1-16. – DOI: 10.1016/j.actatropica.2009.11.001.
14. Пулатов, А.Т. Об эхинококкозе в детском возрасте / А.Т. Пулатов. - М.: Медицина. – 2004. – 224 с.
15. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. / Шевченко Ю.Л. [и др.] // Хирургия. – 2004. - №7. – С. 49-55.
16. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – Москва, 2007. – 315 с.
17. Ware, J.E. The MOS 36-item short-form health surf (SF-36). Conceptual framework and item selection / J.E. Ware, C.D. Sherbourn // Med. Care. - 1992. - Vol. 30. - P. 473

ТҮЙІН

С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, А.С. ЕСЕНКУЛОВА,
О.Р. ЗАЙНУЛЛИНА, М.М. БЕЛЯЕВ,
К.К. СУЮНГАРИН

БАЛАЛАРДАҒЫ БАУЫР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСЫНАН КЕЙІНГІ ҰЗАҚ МЕРЗІМДІ НӘТИЖЕЛЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемелекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Кіріспе. Эхинококкоз - мал шаруашылығымен айналысатын елдерде, соның ішінде Қазақстанда кең тараған созылмалы паразиттік ауру. Қазіргі уақытта бауыр эхинококкозын хирургиялық емдеудің көптеген әдістері бар. Хирургиялық емнің тиімділігі пациенттің операциядан кейінгі кезеңде өмір сүру сапасына бағалануы керек.

Зерттеу мақсаты. Эндобейнехирургиялық және дәстүрлі бауыр эхинококкэктомиясынан кейін балалардың өмірінің сапасын зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Өмір сүру сапасы бауырдың эндобейнехирургиялық эхинококкэктомиясын (негізгі топ, n = 15) және дәстүрлі бауыр эхинококкэктомиясын (салыстырмалы топ, n = 15) өткізген науқастардың екі тобында жүргізілді. Өмір сүру сапасын зерттеу мақсатында SF-36 сауалнамасы пайдаланылды.

Зерттеу нәтижелері және талқылау. Бауыр эхинококкозымен ауыратын науқастарда эндобейнехирургиялық бауыр эхинококкэктомиясынан кейін өмірлік көрсеткіштердің сапасы (физикалық функция, физикалық қызметтің рөлі, ауырсыну шкаласы, жалпы денсаулық, өміршеңдік, әлеуметтік жұмыс, эмоционалдық қызмет, психологиялық қызмет) дәстүрлі әдіспен жасалған эхинококкэмияға қарағанда жоғары екендігін көрсетті.

Қорытынды. Бауырдың эндобейнехирургиялық эхинококкэктомиядан кейінгі кезеңінде пациенттердің өмір сүру сапасын жақсарту дәстүрлі операциямен салыстырғанда оның тиімділігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: *бауыр эхинококкозы, эндобейнехирургиялық эхинококкэктомия, өмір сапасы.*

SUMMARY

S.P. DOSMAGAMBETOV, A.S. YESENKULOVA,
O.R. ZAINULLINA, M.M. BELYAEV,
K.K. SUYUNGARIN

LONG-TERM RESULTS OF CYSTECTOMY ASSISTED SURGERY OF THE LIVER IN CHILDREN

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Relevance. Echinococcosis is a widespread chronic parasitic disease of humans in countries where livestock is developed, including in Kazakhstan. At present, a large number of methods of surgical treatment of liver echinococcosis have been proposed. The effectiveness of surgical treatment at present should be assessed by the quality of life of patients in the postoperative period

Purpose of the study - studying the quality of life of sick children after endovideosurgical and traditional liver echinococcemia.

Materials and methods of research. The quality of life study was carried out in two groups of patients who underwent endovideososurgical liver echinococcectomy (main group, n = 15) and traditional liver echinococcectomy (comparison group, n = 15). In order to study the quality of life, a study was conducted on the SF-36 questionnaire.

Results of the study and discussion. The results of quality of life indicators (physical functioning, role physical functioning, pain scale, general health, vitali-ty, social functioning, emotional functioning, psychological functioning) in pa-tients with liver echinococcosis after endovideosurgical liver echinococcemia were relatively higher than in patients operated in the traditional way.

Conclusions. Better quality of life of patients in the postoperative period after endovideosurgical liver echinococcemia indicates its greater effectiveness in comparison with the traditional operation.

Keywords: *liver echinococcosis, endovideosurgical echinococcectomy, quality of life.*

УДК 616-036.22-083:576.851.49:615.33

О.А. КАМЕНЕВА[1], С.Е. МОРОЗОВА[1], Е.А. ГЕХМАН[1], Г.С. МЕЛЬНИКОВА[1],
О.Е. ПУНЧЕНКО[2], К.Г. КОСЯКОВА[1,2]

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

[1]Детская городская больница №22, Колпино, Санкт-Петербург, Россия
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. Проанализированы результаты определения чувствительности к антибактериальным препаратам 205 штаммов энтеробактерий, выделенных от пациентов двух стационаров Колпинского района г. Санкт-Петербурга. Выявлено большое разнообразие спектров антибиотикорезистентности энтеробактерий с высоким удельным весом полирезистентных культур (60,5%), которые чаще встречались среди морганелл и серраций (по 100,0%), а также энтеробактера (93,9%). Наибольшую активность в отношении энтеробактерий проявляли имипенем (11,7% устойчивых культур), меропенем (13,7%), эртапенем (20,0%) и амикацин (24,4%).

Ключевые слова: *антимикробные препараты, антибиотикорезистентность, клебсиеллы, энтеробактерии, энтеробактер, эшерихии.*

Введение. В медицинских организациях преимущественное распространение получают внутрибольничные штаммы определенной видовой принадлежности и доминирующих спектров антибиотикорезистентности, которые, обладая высокой адаптивностью во внешней среде, могут сохраняться в биоцидных растворах, сохраняя при этом инфекционный потенциал и устойчивость к антибиотикам [3, 9]. Такие штаммы нередко становятся возбудителями инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и вызывают заболевания не только пациентов, но и персонала медицинских организаций [9]. Среди возбудителей ИСМП наряду со стафилококками и неферментирующими грамотрицательными бактериями ведущую роль играют энтеробактерии с преобладанием изолятов *Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterobacter spp., Proteus spp*. [5, 8, 15]. Чувствительность энтеробактерий к антимикробным препаратам (АМП) значительно варьирует у представителей различных видов и родов (природная устойчивость), однако большую проблему представляет повсеместное распространение и нарастание приобретенной устойчивости микроорганизмов к АМП. По данным многоцентрового исследования, выполненного в Санкт-Петербурге в 2012 г., продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) являются до 50,0% штаммов *E. coli* и до 88,4% изолятов *Klebsiella pneumoniae*, которые обладают также множественной устойчивостью к АМП других групп [2]. Неблагоприятной тенденцией является регистрация штаммов энтеробактерий, нечувствительных к альтернативным препаратам – карбапенемам [2, 9].

Цель. Оценка видового состава и антибиотикорезистентности штаммов энтеробактерий в стационарах Колпинского района г. Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. В период с сентября 2015 г. по февраль 2016 г. включительно в стационарах г. Колпино из различного материала пациентов с признаками инфекции и колонизации, включая пробы из стерильных и нестерильных локусов, были выделены 205 штаммов энтеробактерий. Посев материала н питательные среды и выделение культур проводили традиционными микробиологическими методами с использованием стандартных питательных сред. Определение чувствительности выделенных чистых штаммов энтеробактерий к антибактериальным препаратам выполняли в соответствии с действующими нормативными документами [6, 7]. Для всех изолятов определение чувствительности к АМП проводили одновременно с их идентификацией с помощью прибора MicroScan WalkAway Plus System (Siemens, США) и панелей Neg Breakpoint Combo 41 (Siemens, США) в соответствии с критериями CLSI [11]. Статистическую обработку и анализ данных проводили с помощью программного обеспечения MicroScan LabPro, действующего на основе поставляемой системы MicroScan с установленной операционной системой Windows 2000 Service pack 2. Дополнительные данные обрабатывали и анализировали с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2013 для Windows 8.1.

Результаты и обсуждение. Значительная часть энтеробактерий была выделена из мокроты (20,0%), мочи (18,5%), а также из нестерильных локусов с признаками колонизации (34,1%). Целесообразность исследования биоматериалов не только от пациентов с признаками гнойно-септических инфекций, но и с вероятной колонизацией определяется концепцией персистенции микроорганизмов, которая связывает необходимость комплексного обследования пациентов с высоким риском эндогенного инфицирования, в том числе по причине транслокации возбудителей в организме хозяина [1].

При анализе структуры установлено, что среди 205 изолятов большую часть составили *E. coli* (36,1%), *K. pneumonia* (27,8%) и *Enterobacter spp.* (16,1%), остальные виды энтеробактерий встречались реже - *Proteus mirabilis* (3,9%), *Serratia marcescens* (3,4%), *Citrobacter freundii complex* и *Hafnia alvei* (по 2,4%) или были представлены единичными изолятами (табл. 1).

Определенный интерес представляют находки энтеробактерий, редко изолируемых от человека. Так, *E. fergusonii* (0,5%) часто выделяется из кишечника теплокровных животных и иногда – от людей, у которых описаны вызванные данным микроорганизмом гнойно-септические инфекции и диареи; большинство изолятов чувствительны к АМП, однако описаны штаммы, устойчивые к ампициллину, пиперациллин/тазобактаму и гентамицину [10, 14]. *T. ptyseos* (0,5%) известна как редкий патоген человека с алиментарным

путем передачи, который может вызывать тяжелый сепсис и бактериемию, в том числе у новорожденных, инфекции мочевыводящих путей (ИМП); большинство изолятов устойчивы к ампициллину, карбенициллину, котримоксазолу и амоксициллину [13]. *K. ascorbata* (1,0%) известна как патоген человека с 1980 г., однако в последние 10 лет случаи вызванных данным микроорганизмом инфекций в научной литературе описываются редко. Бактерия может вызывать диарею, бактериемию и сепсис, ИМП, а также острый панкреатит и холецистит, раневую инфекцию, перитонит, инфекции мягких тканей, при этом в одном из представленных в литературе случаев *K. ascorbata* обладала множественной устойчивостью к АМП [12]. В нашем исследовании 1 штамм *E. fergusonii* был выделен из мочи взрослого пациента, 1 штамм *T. ptyseos* – из гноя ребенка, по 1 штамму *K. ascorbata* – из мокроты и выпота в брюшную полость взрослых пациентов. Штаммы *K. ascorbata* были устойчивы к ампициллину, амоксициллин/клавуланату цефалоспоринам III и (1 штамм) IV поколений, а также фторхинолонам (1 штамм), изоляты *E. fergusonii* и *T. ptyseos* были чувствительны к протестированным препаратам.

Таблица 1

Штаммы энтеробактерий, выделенные в стационарах Колпинского района Санкт-Петербурга в 2015-2016 гг.

Вид микроорганизма	Количество штаммов	
	Абс.	%
Escherichia coli	74	36,1
Escherichia fergusonii	1	0,5
Klebsiella pneumoniae	57	27,8
Klebsiella oxytoca,	2	1,0
Klebsiella ozaenae	1	0,5
Enterobacter cloacae	17	8,2
Enterobacter aerogenes	9	4,4
Enterobacter agglomerans	5	2,4
Enterobacter amnigenus	1	0,5
Enterobacter intermedius	1	0,5
Hafnia alvei	5	2,4
Citrobacter amalonaticus	1	0,5
Citrobacter freundii	5	2,4
Proteus mirabilis	8	3,9
Proteus penneri	2	1,0
Morganella morganii	1	0,5
Serratia marcescens	7	3,4
Serratia fonticola	1	0,5
Providencia stuartii	2	1,0
Chromobacterium violaceum	1	0,5
Kluyvera ascorbata	2	1,0
Tatumella ptyseos	1	0,5
Yersinia pseudotuberculosis	1	0,5
Всего:	**205**	**100,0%**

Большая часть протестированных энтеробактерий (83,9%) оказались устойчивы хотя бы к одному АМП. Наиболее высокий удельный вес чувствительных ко всем препаратам штаммов был характерен для эшерихий (36,0%), а все изоляты *K. pneumoniae* и морганелл, напротив, обладали устойчивостью хотя бы к одному антибиотику. Среди энтеробактерий превалировали культуры, устойчивые к ампициллину (82,4%) и амоксициллин/клавуланату (54,1%), более половины штаммов были устойчивы к цефалоспоринам III (по 63,4%) и IV поколения (53,7%). Данный факт свидетельствует о широком распространении в стационарах БЛРС-продуцентов среди штаммов энтеробактерий, что значительно снижает эффективность цефалоспоринов в лечении вызываемых этими микроорганизмами инфекций. Активность фторхинолонов, а также гентамицина в отношении изученных штаммов была несколько выше – до 39,0% устойчивых изолятов. По данным литературных источников, в 2011-12 гг. удельный вес культур, устойчивых к карбапенемам, в стационарах Санкт-Петербурга был крайне невысок: резистентными к эртапенему, меропенему и имипенему были 6,0%, 2,0% и 0,3% изолятов соответственно [4]. Однако в проведенном нами исследовании в 2015-2016 гг. устойчивостью к указанным препаратам обладали ,соответственно, 20,0%, 13,7% и 11,7% изолятов энтеробактерий.

Большая часть устойчивых к карбапенемам культур в стационарах были представлены *K.pneumoniae* (31,7%), реже встречались другие виды: *Enterobacter spp.* - 24,4%, *E. coli* - 14,6%, *Serratia spp.* и *Proteus spp.* - по 9,8%, *Hafnia alvei* – 4,9%, а также *Morganella morganii* и *Klebsiella oxytoca* (по одной культуре). Почти две трети выделенных культур (60,5%) составили полирезистентные (устойчивые к 3 и более препаратам разного механизма действия) штаммы, максимальное количество которых было выявлено среди *Morganella spp.* и *Serratia spp.* – по 100,%, а также *Enterobacter spp.* – 93,9% изолятов. Устойчивость к АМП основных видов энтеробактерий представлена в таблице 2.

Как уже говорилось, эшерихии являются одними из наиболее значимых возбудителей ГСИ различной локализации в стационарах, в нашем исследовании их удельный вес составил 36,6%. Среди выделенных эшерихий был только один штамм *Escherichia fergusonii*, который оказался чувствительным ко всем АМП; все остальные культуры были представлены *E. coli*. Удельный вес устойчивых хотя бы к одному АМП среди *E. coli* составил 64,0%, к ампициллину – 62,2%, к ампициллину/сульбактаму – 56,8%, около трети культур оказались резистентными к цефалоспоринам III и IV поколения – 44,6% и 32,4%, фторхинолонам – до 32,4%, гентамицину – 27,0%. Доля полирезистентных изолятов *E. coli* составила 37,3%.

Наибольшей устойчивостью к антимикробным препаратам среди энтеробактерий характеризовались штаммы клебсиелл. Известно, что являясь продуцентами хромосомной бета-лактамазы класса А, клебсиеллы проявляют природную устойчивость к аминопенициллинам, и, следовательно, все изоляты были устойчивы к ампициллину, однако резистентность к препаратам других групп является приобретенной. Полученные результаты свидетельствуют о широком распространении среди клебсиелл штаммов, устойчивых к цефалоспоринам III и IV поколения (по 56,1%), фторхинолонам (до 49,1%), ампициллин/сульбактаму (56,7%), амоксициллину/клавуланату и гентамицину (по 47,4%). Удельный вес штаммов,

устойчивых к карбапенемам, был довольно высок: к эртапенему – 22,8%, меропенему – 15,8%, имипенему – 12,3% изолятов. Интересно отметить, что удельный вес культур, устойчивых к амикацину (26,3%), ненамного превышал таковой для имипенема, то есть этот препарат до сих пор сохраняет определенную активность в отношении клебсиелл. Удельный вес полирезистентных штаммов *Klebsiella spp.* – 55,0%.

Таблица 2

Частота обнаружения нечувствительных к антимикробным препаратам штаммов энтеробактерий (%) в стационарах Колпинского района Санкт-Петербурга в 2015-2016 гг.

Антибиотики	*Escherichia coli* (n=74)	*Klebsiella spp.* (n=60)	*Enterobacter spp.* (n=33)
Пенициллины			
Ампициллин	62,2	100,0	97,0
Амоксицилин/клавуланат	32,4	47,4	93,9
Ампициллин/сульбактам	56,8	56,7	87,9
Пиперациллин/тазобактам	23,0	45,6	84,8
Цефалоспорины			
Цефазолин	52,7	61,7	97,0
Цефуроксим	45,9	58,3	93,9
Цефтазидим	44,6	56,1	90,9
Цефотаксим	44,6	56,1	90,9
Цефтриаксон	44,6	56,1	90,9
Цефепим	32,4	56,1	60,6
Карбапенемы			
Имипенем	5,4	12,3	15,2
Меропенем	6,8	15,8	18,2
Эртапенем	8,1	22,8	30,3
Монобактамы			
Азтреонам	54,1	58,3	93,9
Аминогликозиды			
Гентамицин	27,0	47,4	54,5
Амикацин	9,5	26,3	45,5
Фторхинолоны			
Ципрофлоксацин	32,4	49,1	39,4
Моксифлоксацин	27,0	47,4	33,3

Третьими по частоте обнаружения в проведенном нами исследовании были энтеробактеры (16,1%), большая часть которых была представлена *Enterobacter cloacae* (75,8%). Подавляющее большинство изученных культур были устойчивы к ампициллину (97,0%) и амоксициллину/клавуланату (93,9%), к цефалоспоринам III (90,9%) и IV поколения (60,6%), около половины – к гентамицину (54,5%), амикацину (45,5%) и фторхинолонам (до 39,4%). Устойчивость к карбапенемам также была высока: к эртапенему – 30,3%, меропенему – 18,2%, имипенему – 15,2%. Доля полирезистентных штаммов *Enterobacter spp.* составила 93,9%.

Заключение. Среди энтеробактерий, выделенных из различного материала пациентов с ГСИ стационаров Колпинского района г. Санкт-Петербурга, превалировали антибиотикорезистентные культуры с высоким удельным весом полирезистентных штаммов. Вариабельность уровней и спектров антибиотикорезистентности энтеробактерий обуславливает необходимость проведения динамического микробиологического мониторинга за распространением устойчивых штаммов с анализом механизмов формирования резистентности.

Список литературы:

1. Бухарин, О.В. Инфекционная симбиология – новое понимание старых проблем / О.В. Бухарин // Вестник Российской академии наук. – 2016. – Т.86, №10. – С. 915-920.
2. Егорова, С.А. Штаммы энтеробактерий, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра и металлобета-лактамазу NDM-1, выделенные в стационарах в странах Балтийского региона / С.А. Егорова [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2013. – Т.3, №1. – С. 29-36.
3. Каменева, О.А. Устойчивость к антибиотикам Serratia marcescens и Pseudomonas aeruginosa, выделенных из дезинфицирующих растворов / О.А. Каменева, К.Г. Косякова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2013. - №6(73). - Приложение 1. - С. 58-60.
4. Козлова, Н.С. Антибиотикорезистентность энтеробактерий в стационаре/ Н.С.Козлова [и др.] // Научное обозрение. – 2014. – №8, ч.3. – С. 992-999.
5. Козлова, Н.С. Антибиотикорезистентность энтеробактерий, выделенных из мочи пациентов многопрофильного стационара / Н.С.Козлова [и др.] // Проблемы медицинской микологии. – 2015. – Т.17, №3. – С. 22-26.
6. МУК 4.2.1890-04. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.
7. Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам. Клинические рекомендации. – М., 2014. – 154 с.
8. Руднов, В.А. Инфекции в ОРИТ в России: результаты национального многоцентрового исследования / В.А. Руднов [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2011. – Т.13, №4. – С. 294-303.
9. Микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за госпитальными инфекциями / Ю.С. Светличная [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2014. – №1(74). – С. 9-14.
10. Increasing resistance in community-acquired urinary tract infections in Latin America, five years after the implementation of national therapeutic guidelines/ PH Bours et al. // Int J Infect Dis. – 2010. – V.14. – P. 770-774.
11. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-second information supplement. CLSI document M100-S22 / P.A. Wayne. - Clinical and Laboratory Standards Institute, 2012.
12. Majd Alfreijat. A Case of Urinary Tract Infection and Severe Sepsis Caused by Kluyvera ascorbata in a 73-Year-Old Female with a Brief Literature Review / Majd Alfreijat // Case Reports in Infectious Diseases.

– 2017. - V.2017. - Article ID 3848963. – 2 p. - DOI:10.1155/2017/3848963.
13. Isolation, identification and antimicrobial susceptibility pattern of Tatumella ptyseos strains isolated from powdered infant formula milk consumed in neonatal intensive care unit: First report from Iran / J. Mardaneh et al. // Jundishapur J Microbiol. – 2014. – V.7(6). - e10608. – DOI: 10.5812/jjm.10608.
14. Multidrug-resistant Escherichia fergusonii: a case of acute cystitis / V. Savini et al. // J Clin Microbiol. – 2008. – V.46. – P. 1551-1552.
15. The microbiological profile of nosocomial infections in the intensive care unit/ S.Shalini et al. // Journal of Clinical and Diagnostic Research. – 2010. – V.4. – P. 3109-3112.

ТҮЙІН

О.А. КАМЕНЕВА[1], С.Е. МОРОЗОВА[1],
Е.А. ГЕХМАН[1], Г.С. МЕЛЬНИКОВА[1],
О.Е. ПУНЧЕНКО[2], К.Г. КОСЯКОВА[1,2]

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ СТАЦИОНАРЛАРЫНДА БӨЛІНГЕН ЭНТЕРОБАКТЕРИЯЛАРДЫҢ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТТІЛІГІ

[1]№22 қалалық балалар ауруханасы, Колпино, Санкт-Петербург, Ресей
[2]И.И. Мечников атындағы Солтүстік-Батыс мемлекеттік медицина университеті, Санкт-Петербург, Россия

Санкт-Петербург қаласының Колпинский ауданының екі стационарының пациенттерінен бөлінген энтеробактериялардың 205 штамдарының антибактериялық дәрілеріне сезімталдықты анықтаудың нәтижелері талданды. Морганелл және серраций (по 100,0%), сондай-ақ энтеробактер (93,9%) арасында жиі кездескен полирезистентті өсіріндінің жоғары салыстырмалы салмағымен энтеробактериялардың антибиотикорезистенттілігі спектрлерінің үлкен айырмашылығы байқалды. Энтеробактерияға қатысты анағұрлым белсенділікті имипенем (11,7% өсірінді орнықтылығы), меропенем (13,7%), эртапенем (20,0%) және амикацин (24,4%) танытты.

Негізгі сөздер: *антимикробты дәрілер, антибиотикорезистенттілік, клебсиеллалар, энтеробактериялар, энтеробактер, эшерихиялар.*

SUMMARY

O.A. KAMENEVA[1], S.E. MOROZOVA[1],
E.A. GEKHMAN[1], G.S. MELNIKOVA[1],
O.E. PUNCHENKO[2], K.G. KOSYAKOVA[1,2]

SUSCEPTIBILITY TO ANTIBIOTICS IN ENTEROBACTERIACEAE ISOLATED IN THE HOSPITALS OF ST. PETERSBURG

[1]Children's municipal hospital № 22, St.Petersburg, Russia
[2]North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (chair of medical microbiology); St.Petersburg, Russia

The results of testing of susceptibility to antibiotics were studied in 205 strains of Enterobateriaceae isolated from patients in the hospitals of Kolpino district of St. Petersburg. Numerous spectra of resistance and the high ratio (60.5%) of multidrug resistance (MDR), predominantly in Morganella and Serratia (100.0%) and Enterobacter (93.9%) spp. were revealed. The most effective antimicrobials against enterobacteriaceae were imipenem, meropenem, ertapenem and amikacin with 11.7%, 13.7%, 20.0% and 24.4% resistant strains respectively.

Keywords: *antibiotics, Enterobacteriaceae, Enterobacter, Escherichia, Klebsiella, resistance to antibiotics.*

УДК 616.721.1-092.6

Б.И. КУШИМОВ, А.Н. АЛЬМАХАНОВ, А.Г. КАРАЖАНОВ, А.Д. МЕШИТБАЙ

РЕЗУЛЬТАТЫ КРИОДЕСТРУКЦИИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация. Экспериментальная работа посвящена изучению морфологических преобразований в межпозвоночном диске после криовоздействия, с целью обоснования метода криодеструкции в оперативном лечении некоторых форм остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Ключевые слова: *криовоздействие, некроз, фиброз.*

В настоящее время установлено, что операциями выбора при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника являются декомпрессионно-стабилизирующие вмешательства, направленные на устранение неврологического дефицита и создание надежного спондилодеза скомпрометированных сегментов.

С позиции современной концепции лечебной тактики декомпрессия и стабилизация являются взаимосвязанными моментами, комплексное решение которых обеспечивает формирование спондилодеза.

При этом большинство авторов, как зарубежных, так и отечественных, ведущую роль отводят фиксации, указывая на необходимость создания первично-

стабилизирующей фиксации и надежного костного сращения в отдаленные сроки.

Существует большое количество способов создания межтелового спондилодеза за счет ауто-, алло-, ксено-, керамотрансплантации, сочетающихся способов межтелового спондилодеза с фиксацией заднего опорного комплекса.

Имеется ряд сообщений о применении криохирургического метода операции при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника. При этом, несмотря на то, что работы проводились в эксперименте, они показали высокие достоинства метода криодеструкции межпозвоночных дисков, основанного на свойствах низких температур вызывать некроз в патологически измененных тканях межпозвоночного диска с последующим формированием костно-хрящевого блока между телами смежных позвонков.

Однако разработке и клиническому применению криохирургического метода препятствует ряд нерешенных и спорных вопросов, как в экспериментальном, так и в клиническом аспектах.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей морфологических изменений в межпозвоночных дисках после криовоздействия.

Материалы и методы исследования. Экспериментальное исследование проведено на 55 кроликах породы Шиншилла, весом 2,5 – 3,0 кг, разделенных на 2 группы. В первой группе изучалась динамика деструктивно-репаративных процессов после криодеструкции со сроком наблюдения от 30 минут до 365 суток.. Результаты исследования сравнивали со второй – контрольной группой кроликов.

Методика морфологического исследования заключалась в том, что после забоя животных извлекался поясничный отдел позвоночника, подвергавшийся криовоздействию, после чего проводилась его тщательное препарирование от мягких тканей. Производилось макроскопическое изучение межпозвоночного диска и прилежащих к нему тел позвонков. Исследуемый межпозвоночный диск выпиливался блоком вместе с тонкими пластинками костной ткани прилежащих позвонков и фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина с последующим декальцинированием в 10% растворе трилона Б на боратном буфере (pH=7,2). После декальцинации и заливки в парафин микротомирование осуществляли с помощью «съёмного микротомного ножа», позволяющего получить целлоидные срезы толщиной от 3 до 7 мкм. Срезы забирали из центральных областей межпозвоночного диска, а затем окрашивали гемотоксилином и эозином по Ван-Гизону.

На гистологических препаратах качественно оценивали ориентационную упорядоченность коллагена с помощью реакции с пикросириусом красным, который позволяет с высокой точностью дать характеристику коллагеновым волокнам. Исследование микропрепаратов проводилось на поляризационном микроскопе “PolmyA”. На гистологических препаратах качественно оценивали структурные компоненты межпозвоночного диска на этапах восстановления.

Результаты исследований и их обсуждение. На гистологических препаратах при экспозиции в течение 5 минут некротизированная зона имеет округлую форму диаметром 4,9 ± 0,75 мм. Наружная граница некротизированного участка отделена от края канала, оставленного криозондом на 2,5 ± 0,15 мм. Учитывая, что зона замерзания составляет 7,8 ± 0,55 мм, зона полной деструкции составляет 64% от всей зоны замерзания. Дальнейшие морфологические исследования показали, что на 3-и сутки после криовоздействия на межпозвоночный диск происходит увеличение зоны некроза в области студенистого ядра и значительной части коллагеново-волокнистой хрящевой ткани фиброзного кольца. Граница между некротизированными и неизмененными структурами межпозвоночных дисков была отчетливо выражена. На 7-ые сутки четко определялась пролиферация фибробластов, образование тонких коллагеновых волокон и кровеносных сосудов. Структура центральных участков межпозвоночного диска, состоящая из тонковолокнистой хрящевой ткани и студенистого ядра, на 30-ые сутки после криовоздействия была полностью изменена и характеризовалась наличием волокнистой хрящевой ткани, которая занимала почти всю площадь диска. Большая часть хрящевых клеток находилась в состоянии пролиферации. В центральных отделах зоны студенистого ядра наблюдались мелкие участки некроза. Через 7 месяцев после криовоздействия гистологические изменения характеризовались формированием костно-фиброзного блока между телами смежных позвонков. Вся область студенистого ядра и зона тонковолокнистого хряща была замещена перестраивающимся грубоволокнистым и гиалиновым хрящом, который подвергался эндохондральной оссификации с образованием грубоволокнистой и пластинчатой костной ткани. Новообразованная костная ткань определялась как в центральных отделах диска, так и в наружных его отделах. Процессы остеогенеза наблюдались также в хрящевой ткани диска и на границе с костной тканью тел смежных позвонков. Через 1 год гистологическая картина характеризовалась перестройкой сформированного костного блока на месте межпозвоночного диска. Костный блок был сращен со смежными с дисками телами позвонков в единое костное образование различной зрелости.

Морфологические исследования межпозвоночных сегментов, проведенные в экспериментальной части работы, подтвердили патогенетическую обоснованность метода криодеструкции для формирования межтелового спондилодеза у больных с нестабильной формой остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Список литературы:

1. Стенько, А.Г. Морфо-физикальные изменения у пациентов с келоидами головы и шеи и метод их коррекции с использованием сверхнизких температур: дис. … к.м.н. / А.Г. Стенько. - М.,2001. – 323 с.
2. Шалимов, С.А. Криохирургические методы лечения печени / С.А. Шалимов, А.А. Литвиненко, С.А. Лялькин // Достижения криомедицины: сб. материалов Международного симпозиума, Санкт-Петербург, 7-8 июня 2001 г. - СПб., 2001. - С. 76-78.
3. Моделирование некроза миокарда с помощью криотехнологии / И.В. Слета [и др.] / Біотехнологія.

– 2011. – Т.4, №4. - С. 73-79.
4. A novel model of cryoinjury-induced myocardial infarction in the mouse: a comparison with coronary artery ligation / J. van den Bos Ewout et al. // J. Physiol. Heart Circ. Physiol. – 2005. – V. 289. – P. 1291-1300.

ТҮЙІН

Б.І. КӨШІМОВ, А.Н. ӘЛМАХАНОВ,
А.Ғ. КАРАЖАНОВ, А.Д. МЕШІТБАЙ

ЭКСПЕРИМЕНТ КЕЗІНДЕГІ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІНІҢ КРИОДИСТРУКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Салмағы 2,5-3 кг Шиншилла тұқымды 55 қоянға тәжірибелік тексеру жүргізілді. Олар екі топқа бөлінді. Бірінші топта криодеструкция жасағаннан кейінгі 30 минуттан 365 күн аралығындағы деструктивтік-реперативтік процестердің динамикасы анықталды. Тексерунәтижесіекіншібақылаутобындағықояндармен салыстырылды. Омыртқааралық сегменттердегі морфологиялық тексерулер криодеструкция әдісінің патогенетикалық негізделуін, омыртқа жотасы бел аймағындағы тұрақсыз остеохондрозда денеаралық спондилодоз туғызатынын дәлелдеді.

Негізгі сөздер: *криоәсер, некроз, фиброз.*

SUMMARY

B.I. KUSHIMOV, A.N. ALMAKHANOV,
A.G. KARAZHANOV, A.D.MESHITBAI

RESULTS OF INTERVERTEBRAL DISC CRYODESTRUCTION IN THE EXPERIMENT

West Kazakstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakstan

Experimental study was carried out on 55 chinchilla rabbits each weighing from 2.5 to 3 kg, which were divided into 2 groups. In the first group the dynamics of destructive and reparative processes after cryodestruction was studied during the time period from 30 minutes to 365 days. The study results were compared with the second reference group of rabbits. Morphological examination of intervertebral segments confirmed the pathogeneticfeasibility of cryodestruction method for formation of vertebral fusion in patients with unstable lumbar osteochondrosis.

Keywords: *cryotherapy, necrosis, fibrosis.*

УДК 159.922.7

М.А. МАМЫРБАЕВА[1], Б.И. ДЖУМАШЕВА[2], А.Б. ШИЛЬМАНОВА[1], Г.К. ИСМАМБЕТОВА[1],
Н.М. НУРГАЛИЕВ[1]

НЕВЕРБАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

[1]Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
[2]Актюбинский Медицинский Центр, Актобе, Казахстан

Аннотация. В статье представлены сравнительные особенности невербального компонента общения детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) и нормально развивающихся детей. Обследовано 20 детей опытной группы с ЗПРР в возрасте 7-9 лет неврологического отделения ОДКБ г. Актобе и 6 учащихся средней школы №36, с нормальным психофизическим развитием. Определялась степень развития уровня эмоциональной восприимчивости, выявление умения в соотнесении отдельных невербальных признаков и способности к адекватному опознанию эмоционального состояния. Установлено, что у детей с ЗПРР имеются грубые нарушения в овладении невербальным компонентом общения. Задержка психического развития и связанное с ней недоразвитие речи явились главной причиной недостаточного понимания эмоциональных состояний. Несмотря на то, что у детей с ЗПРР искажены механизмы общения (речь, словарный запас, пространственный компонент), эмоционально-волевая сфера в целом более сохранна, чем интеллектуальная,а значит и развитие личности для успешного общения в социальной среде представляется одним из вероятных путей коррекции.

Ключевые слова: дети, невербальная коммуникация, психика, задержка психоречевого развития.

Актуальность. Медицинские работники в процессе своей деятельности от 50 до 90% своего времени тратят на общение для адекватного обеспечения своей коммуникативной деятельности.

У детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) использование невербального поведения и невербальных коммуникаций является главным средством передачи информации.

В литературе большое внимание отводится невербальному поведению, его структуре и элементам, но психологическое содержание интерпретации различных видов невербального поведения практически не изучены [1].

Изучение невербального компонента общения младших школьников с ЗПРР является на данный момент одной из наиболее актуальных проблем. Многочисленные исследования свидетельствуют о некоторых особенностях формирования невербального общения у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития [2,3].

Цель исследования. Изучить и сравнить особенности невербального компонента общения детей с задержкой психоречевого развития и нормально развивающихся детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 детей опытной группы с ЗПРР в возрасте 7-9 лет неврологического отделения областной детской клинической больницы г. Актобе. Контрольную группу составили 6 учащихся средней школы №36, с нормальным психофизическим развитием.

Были отобраны следующие методики:

Методика 1 «Определение выражение лица» для определения степени развития уровня эмоциональной восприимчивости.

Методика 2 «Составление невербального портрета» на выявление умения в соотнесении отдельных невербальных признаков.

Методика 3 «Лицевые маски» на выявление умения способности к адекватному опознанию эмоционального состояния.

Результаты исследования. При определении степени развития уровня эмоциональной восприимчивости по методике №1 установлено, что большая часть детей опытной группы справилась с заданием, но показали низкие результаты. Дети смогли назвать в основном эмоциональные состояния лишь в двух противоположных категориях: радость и злость. Эмоцию злости правильно назвали и изобразили все испытуемые, радость изобразили 15% детей. Среди данной категории детей также преобладали эмоции страха и грусти – у 10% детей, спокойствие – у 5% детей. Эмоции,изображенные на рисунках,были более понятны детям и доступны для изображения, но и здесь также преобладают эмоциональные состояния радости и злости – у 20% детей. Но с помощью стимульных рисунков только в 5% дети смогли назвать и изобразить также разочарование, испуг и недоверие. Дети с задержкой психоречевого развития испытывали большие трудности при изображении и назывании эмоций; насмешки, смущения, недовольства, удовольствия - эти эмоции были недоступны для данной категории детей. В основном преобладал низкий уровень эмоциональной восприимчивости - у 75% детей, средний уровень – у 25% детей (рис 1).

Результаты исследования говорят о слабой дифференцировке интеллектуального и эмоционального состояния обследуемых детей и недостаточной осведомленности о психическом состоянии внутренних переживаниях, присущих человеку. Для понимания эмоциональных состояний человека важен учет объективных воздействий, которые порождают их. Это важно,потому что эмоция выполняет, прежде всего, коммуникативную функцию. Акты общения и взаимодействия людей - это не конкретные условия, в которых проявляются эмоции. Слабое развитие социальных потребностей (дети с задержкой психоречевого развития очень мало обращаются друг к другу и взрослым с различными вопросами, просьбами, предложениями) приводит к тому, что к началу школьного обучения дети почти не овладевают средствами речевого общения и удовлетворительным пониманием обращенной к ним речи.

Таким образом, задержка психического и речевого развития явились главной причиной недостаточного понимания эмоциональных состояний.Выявлена высокая способность детей младшего школьного возраста контрольной группы с нормальным развитием к распознаванию эмоциональных состояний, изображённых на схемах и рисунках, а также умение точно изобразить определённую эмоцию на своём лице. Детьми данной категории были правильно названы и изображены практически все эмоции, небольшое затруднение вызвала эмоция удовольствия и сожаления у 10% детей.

В контрольной группе нормально развивающихся школьников высокий уровень показали 83% детей, средний уровень –у 17%, низкий уровень эмоциональной восприимчивости не выявлялся (рис 1).

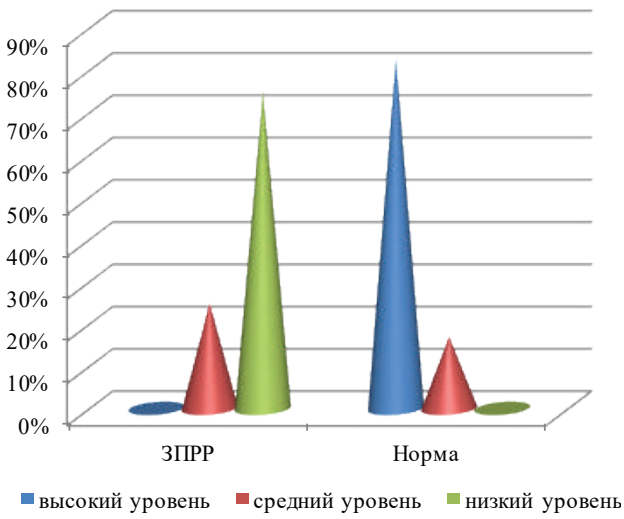


Рис.1. Общий показатель эмоциональной восприимчивостиу детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) и контрольной группы

При выявлении умения в соотнесении отдельных невербальных признаков по методике №2 для составления невербального портрета выявилась

низкая и средняя степень сформированности образов - эталонов у детей с ЗПРР. У них хорошо сформированы эталоны на состояние радости, печали и удивления. Дети не ориентированы на точное психологическое оценивание через вербализацию значений невербальных компонентов. Выявилась запрограммированность детской речи. Их речь не выполняла коммуникативной функции. Отмечается примитивность используемых испытуемыми словесных побуждений. Также выявился низкий (65%) и средний уровень (35%) умения в соотнесении отдельных невербальных признаков между собой, соответствующего определённому эмоциональному состоянию (рис 2). Дети с нормальным развитием давали обоснованные ответы, правильно описывали невербальные признаки эмоциональных состояний: высокий уровень способности соотнесения невербальных признаков отмечался у 83% детей, средний уровень – у 17%, низкий уровень не выявлялся (рис 2).

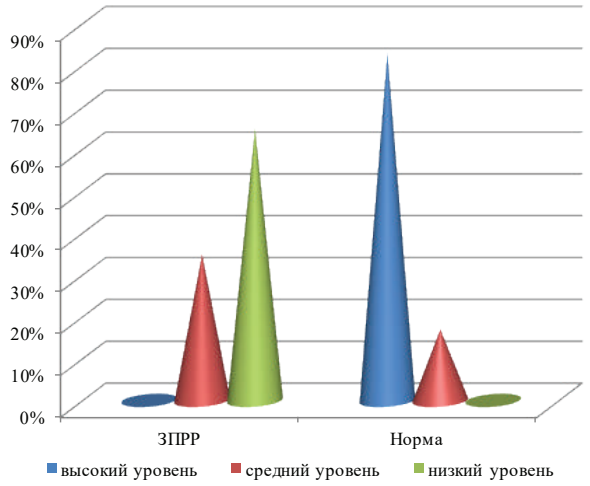


Рис.2. Общий показатель способности соотнесения невербальных признаков у детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) и контрольной группы

При выявлении умения способности к адекватному опознанию эмоционального состояния, таких, как страдание, радость, удивление по 3 –й методике выяснилось, что эмоция презрения не была опознана детьми с ЗПРР. Типичные ошибки: «удивление» чаще всего испытуемые смешивали с «грустью», «радостью» и «страхом». Большинство детей смогли охарактеризовать опознанное эмоциональное состояние, но их ответы не отличались полнотой и содержательной наполненностью, выявлен достаточно низкий уровень вербализации эмоциональных состояний. Многие дети справились с заданием разграничить выбранные эмоциональные состояния по типу положительные - отрицательные, но также были трудности в выполнении этого задания: дети с задержкой психоречевого развития показали низкую (65%) и среднюю степень (35%) адекватного опознания эмоционального состояния (рис 3). Основные эмоции, опознанные детьми, были в состоянии идентифицировать состояние удивления к одной из двух категорий. Также были ошибки: 1 ребёнок охарактеризовал состояние страха как положительную эмоцию. Ответы детей были односложными. У детей контрольной группы выяснилась высокая степень адекватного опознания эмоционального состояния. При описании указанных изображений испытуемые достаточно часто использовали речевые сопровождения, озвучивали изображенных людей. У нормально развивающихся детей не было затруднений в интерпретации невербального поведения, они давали полные характеристики, указывали даже малозначительные особенности эмоционального состояния. Большинство детей опознали практически все эмоции, 1 ребёнок назвал и охарактеризовал все эмоции. Школьники без особого труда разграничили эмоции по типу положительная – отрицательная. В группе детей с нормальным развитием присутствует высокий уровень адекватности опознания и идентификации - у 83%, средний уровень – у 17%, низкий уровень не выявился - 0% (рис 3).

Таким образом, на основе полученных данных с помощью третьей методики можно сделать следующий вывод: Ученики правильно понимают и называют те эмоциональные состояния, которые испытывают с наибольшей частотой сами и наблюдают варианты их выражения у окружающих людей - «гнев», «радость», «печаль». Речевые сообщения почти всех детей с ЗПРР по своему качественному и количественному составу были минимальными и малоинформативными. Это объясняется тем, что у детей основной группы имеет место выраженное недоразвитие речи.

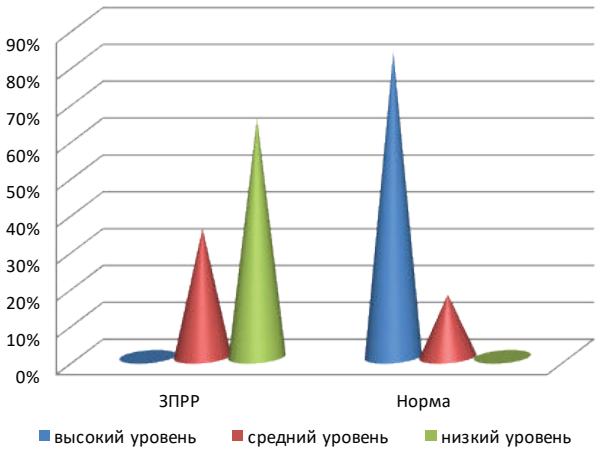


Рис.3. Общий показатель адекватности опознания и идентификации эмоций у детей с задержкой психоречевого развития и контрольной группы

Обсуждение полученных данных. Изучение невербального компонента общения младших школьников с ЗПРР является на данный момент одной из наиболее актуальных проблем. Многочисленные исследования [4,5] свидетельствуют о некоторых особенностях формирования невербального

общения у детей младшего школьного возраста с задержкойпсихоречевого развития.

Данные, полученные в результате проведенного исследования, позволяют сделать вывод о том, что существует значительная разница между количественными и качественными показателями невербального компонента общения у нормально развивающихся учащихся и детей с задержкой психоречевого развития.

На основании результатов работы можно выделить некоторые качественные особенности невербального общения младших школьников с ЗПРР. Дети не очень глубоко и четко, но понимают свои чувства и чувства окружающих людей, у них снижены возможности в опознании основных эмоциональных состояний по выражению лица относительно учеников массовой школы. У детей с ЗПРР имеются грубые нарушения в овладении невербальным компонентом общения. Задержка психического развития и связанное с ней недоразвитие речи явились главной причиной недостаточного понимания эмоциональных состояний. У детей данной категории имеются затруднения в интерпретации невербального поведения, что свидетельствует о недостаточности знаний и представлений о психических состояниях людей, выражаемых с помощью невербальных знаков, о слабой направленности сознания на познания внутреннего мира личности и особенностей ее эмоциональной сферы. Дети с задержкой психического развития при рассматривании картин плохо отражают выразительные средства, которые воспринимаются ими изолированно, вне связи с эмоциональными состояниями действующих лиц и общим эмоциональным фоном, но, несмотря на это дети с ЗПРР имеют реальную возможность овладения элементами общения между людьми, понимания невербальных компонентов.

Таким образом, полученные нами результаты исследования подтвердили гипотезу о том, что развитие ребёнка по типу ретардации обуславливает задержку или стойкое недоразвитие психики, следовательно, может отрицательно сказываться на формировании невербального компонента общения у детей с задержкой психоречевого развития младшего школьного возраста и обуславливать её качественные особенности по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

Выводы. Дефицит невербального компонента у детей с ЗПРР вызывает затруднения в использовании невербального поведения и невербальных коммуникаций в качестве главного средства передачи информации.

Дети с ЗПРР испытывали трудности в понимании эмоциональных состояний и особенно в их вербальной интерпретации, что обусловлено особенностями их интеллектуального и речевого развития, депривацией общения.

У детей с ЗПРР отмечается недостаточность понимания эмоциональных состояний и неспособность правильно их изобразить, у них недостаточно развиты знания и представления о психических состояниях людей, выражаемых с помощью невербальных знаков, что является следствием психического недоразвития.

Детям с ЗПРР свойственны нарушения звукопроизношения, бедность словарного запаса, недостаточность употребления слов, обозначающих действия, признаки и отношения, выраженное снижение речевого общения.

Несмотря на то, что у детей с ЗПРР искажены механизмы общения (речь, словарный запас, пространственный компонент), эмоционально-волевая сфера в целом более сохранна, чем интеллектуальная, а значит и развитие личности для успешного общения в социальной среде представляется одним из вероятных путей коррекции.

Список литературы:

1. Харитонова, Е.Л. Невербальное общение детей раннего возраста с отставанием в развитии речи / Е.Л. Харитонова, А.Н. Лобырь // Журнал Веснік віцебскага дзяржаунага універсітета. - 2002. - №3(25). - С. 1-9.
2. Костин, Д.В. Исследование невербального компонента общения у детей с ретардационным типом дизонтогенеза / Д.В. Костин // Журнал современные наукоемкие технологии. – 2009. - №11(приложение). - С. 89-106.
3. Шпагина, М.А. Основные направления работы по формированию невербальных средств коммуникации у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития / М.А. Шпагина // VII Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум». – 2015.
4. Першина, Н.А. Тактильно-кинестезические знаки невербального общения: восприятие, понимание и употребление / Н.А. Першина. – Бийск: БПГУ им. В.М. Шукшина, 2008. – 360 с.
5. Леханова, О.Л. Состояние невербального общения и формирование невербальных предпосылок речи у детей с речевым недоразвитием / О.Л. Леханова. – Череповец: ГОУ ВПО ЧГУ, 2011. – 192 с.
6.

ТҮЙІН

М.А. МАМЫРБАЕВА[1], Б.И. ЖҰМАШЕВА[2], А.Б. ШИЛЬМАНОВА[1], Г.К. ИСМАМБЕТОВА[1], Н.М. НҰРҒАЛИЕВ[1]

ПСИХОСӨЙЛЕУ ДАМУЫ ҚАЛЫС ҚАЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ ВЕРБАЛЬДЫ ЕМЕС ҚАРЫМ-ҚАТЫНАС ҚҰРАЛДАРЫ

[1]Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазахстан,
[2]Ақтөбе медициналық орталығы, Ақтөбе, Қазахстан

Психосөйлеу дамуы қалыс қалуы **(**ПСДҚҚ) бар және қалыпты дамудағы қарым-қатынас компоненттерінің салыстырмалы ерекшеліктері белгіленген. № 36 орта мектептің қалыпты дамудағы 6 оқушысы және Ақтөбе қаласындағы ОКБА неврология бөліміндегі 7-9 жас аралығындағы ПСДҚҚ бар зерттеу тобының 20 баласын зерттеді. Адекватты эмоционалдық жағдай және вербальды емес қарым-қатынасты жасай білуі, эмоционалдық қабылдау деңгейінің даму дәрежесі анықталды.

ПСДҚҚ бар балалардың вербальды емес қарым-қатынас жасауда өрескел бұзылыстары анықталды. Эмоционалды жағдайды жеткіліксіз түсінуінің себебі психикалық дамудың тежелуі және соған байланысты сөйлеудің нашар жетілуі негізгі себеп болып табылатыны анықталды. ПСДҚҚ бар балалардың қарым-қатынас жасау механизмінің (сөйлеу, сөздік қор, кеңістік компонент) бұрмалағанына қарамастан интелектуалдылығын қарағанда эмоционалды еріктік сферасы тұтастай сақталған, яғни әлеуметтік ортадағы жетістікті қатынасу үшін тұлғаның дамуы мүмкіндік жолдарының бірі болып табылады.

Негізгі сөздер: *балалар, вербальды емес қарым-қатынас, психика, психикалық-сөйлеу дамуының қалыс қалуы.*

SUMMARY

M.A.MAMYRBAYEVA[1], B.I. JUMASHEVA[2], A.B.SHILMANOVA[1], G.K.ISMAMBETOVA[1], N.M.NURGALIYEV[1]

NON-VERBAL MEANS OF COMMUNICATION IN CHILDREN WITH DELAY IN PSYCHOVERBAL DEVELOPMENT

[1]West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan
[2]Aktobe Medical Center, Aktobe, Kazakhstan

Children with DPD have gross violations in mastering the nonverbal component of communication. Children with DPD are characterized by violations of sound quality, poor vocabulary, inadequate use of words that denote actions, signs and relationships, and a pronounced decrease in verbal communication. In spite of the fact that children with delay in psychoverbal development have distorted communication mechanisms (speech, vocabulary, spatial component), the emotional-volitional sphere as a whole is more secure than the intellectual one.

Keywords: *children, unverbal communication, psyche, delay of development.*

УДК 616.378-071:617.9-053

К.Ж. САТЫБАЛДИЕВ, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ

СОЧЕТАННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация

Актуальность. Внедрение в практику малоинвазивных эндовидеохирургических технологий создает широкие перспективы для улучшения одновременного лечения больных с сочетанной патологией.

Материал и методы исследования: Проведено сравнительное исследование 6 групп детей с хирургической патологией органов брюшной полости, оперированных эндовидеохирургическим методом, у 90 больных были сочетанные заболевания, у 90 – одиночные. Для определения степени травматичности одиночных и сочетанных эндовидеохирургических операций в до-, интра-, послеоперационном периодах проведены исследования: обще клинические, лабораторные, определение динамики «стрессовых» гормонов и показателей симпато-адреналовой системы организма, изучены динамика течения послеоперационного периода.

Полученные результаты и их обсуждение. Полученные нами результаты показали, что при выполнении

симультанных эндовидеохирургических операций незначительно увеличивается продолжительность операций в сравнении с одиночными операциями. Выполнение симультанных операций не увеличивает агрессивности, травматичности оперативного вмешательства, не оказывает существенного влияния на течение и сроки послеоперационного периода по сравнению с изолированными лапароскопическими операциями.

Вывод. Выполнение симультанных операций позволяют улучшить результаты лечения детей с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости.

Ключевые слова:*эндовидеохирургия, сочетанные заболевания.*

Актуальность проблемы. Наличие у многих пациентов одновременного сочетания нескольких хирургических заболеваний ставит перед хирургами задачу о возможности одновременной коррекции такой патологии. Совершенствование хирургической техники и успехи анестезиологии и реаниматологии в последние годы обусловили тенденцию к увеличению количества сочетанных операций [2, 4]. Преимущества таких оперативных вмешательств очевидны. Они избавляют больного сразу от нескольких заболеваний, устраняют риск повторных операций и связанных с ним осложнений, стрессовых ситуаций, сокращают время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения, отпадает необходимость в повторном обследовании, предоперационной подготовке, повышается экономическая эффективность лечения. Однако травматичность традиционных операций не позволяла широкое применение сочетанных операций. Многие технические, тактические, морально-этические вопросы, связанные с проведением симультанных операции, в том числе и лапароскопических операций, до настоящего времени остаются открытыми. Внедрение в практику эндовидеохирургических технологий устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии – несоответствие между продолжительным и травматичным созданием доступа к объекту операции и минимальным по времени вмешательством на самом органе [1, 3, 5, 6]. Целый ряд преимуществ эндовидеохирургии (уменьшение травматичности операционного вмешательства, ранняя активизация пациентов и более мягкое течение послеоперационного периода, сокращение сроков госпитализации пациентов и длительности нетрудоспособности, снижение интра- послеоперационных осложнений) создают широкие перспективы для улучшения лечения больных с сочетанной патологией.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости путем разработки и внедрения сочетанных эндовидеохирургических операций в абдоминальную хирургию детского возраста.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ наблюдений за 180 пациентами, находившимися на лечении в лапароскопическом отделении детского стационара Актюбинского медицинского центра с января 2007 по сентябрь 2017 года.

В зависимости от характера патологии и вида оперативного лечения пациенты были распределены на шесть групп: пациенты, которым выполнялась лапароскопическая аппендэктомия по поводу неосложненных форм острого аппендицита в сочетании с лапароскопической овариоцистэктомией по поводу кист яичников различной этиологии составили 1-ю основную группу (n=30); пациенты, которым выполнялась лапароскопическая аппендэктомия по поводу неосложненных форм острого аппендицита составили 1-ю контрольную группу (n=30); пациенты, которым выполнялась лапароскопическая вазорезекция внутренней семенной вены по Паломо по поводу варикоцеле в сочетании с лапароскопической герниоррафией по поводу паховой грыжи составили 2-ю основную группу (n=30); пациенты, которым выполнялась лапароскопическая вазорезекция внутренней семенной вены по Паломо по поводу идиопатического левостороннего варикоцеле составили 2-ю контрольную группу (n=30); пациенты, которым выполнялась лапароскопическая эхинококкэктомия печени в сочетании с лапароскопической эхинококкэктомией из селезенки, брюшины, сальника, составили 3-ю основную группу, (n=30); пациенты, которым выполнялась лапароскопическая эхинококкэктомия печени составили 3-ю контрольную группу (n=30).

Исследуемые группы не имели достоверных различий по основным показателям: полу, возрасту, пациентов, формам заболевания, давности заболевания, а операции выполнялись одной и той же операционной бригадой в одинаковый временной промежуток (с января 2007 по сентябрь 2017 г.г.). Кроме общеклинических лабораторных исследований проводили также исследования кортизола, пролактина в до-, интра- и послеоперационном периоде, оценивали по суточную экскрецию с мочой катехоламинов – адреналина, норадреналина. Течение послеоперационного периода оценивали по следующим показателям: динамика болевого синдрома и двигательной активности пациентов, сроки пребывания больных в стационаре);

Полученные результаты исследования и их обсуждение. Средняя продолжительность операции у больных первой основной группы составила 31,5±3,5 минут , а у пациентов первой контрольной группы составила 24,5±2,5 минут , что свидетельствует о незначительном увеличении продолжительности оперативного вмешательства при наличии сочетанного этапа.

При изучении динамики уровня «стрессовых» гормонов было отмечено , что предоперационные показатели уровня кортизола и пролактина не имели достоверных различий в первой основной и первой контрольной группах. Интраоперационные показатели гормонов в обеих группах существенно превышали средние величины нормальных показателей, но не имели достоверных различий между исследуемыми группами. Послеоперационные показатели в обеих группах

были ниже интраоперационных значений, в тоже время не имели достоверных различий между собой.

Динамика изменений «стрессовых» гормонов в обеих группах представлена в таблице 1, 2.

При анализе состояния симпатико-адреналовой системы было выявлено, что до операции средние показатели суточной экскреции адреналина и норадреналина составили 42,4 нмоль/сут и 105,2 нмоль/сут в первой основной группе и 42,9 нмоль/сут и 104,6 нмоль/сут в первой контрольной группе . В послеоперационном периоде в обеих группах отмечалось незначительное повышение суточной экскреции адреналина, и более выраженное повышение суточной эскреции норадреналина с мочой. В тоже время достоверных различий в изменениях уровня катехоламинов в исследуемых группах не отмечалось.

Динамика суточной экскреции катехоламинов с мочой представлена в таблице 3.

Нашими исследованиями установлено,что после лапароскопической аппендэктомии болевой синдром купировался через 12 часов у 30% больных, к концу 1-х суток – у 70% больных , через 36 часов – у 90% больных , а к концу 2-х суток – у 100% пациентов . После сочетанной лапароскопической операции болевой синдром купировался через 12 часов у 25% больных , к концу 1-х суток -65% больных , через 36%- у 85% больных , а отсутствие болевого синдрома у 100% пациентов мы отмечали через 48% часов. Из этого следует, что достоверной разницы в динамике купирования болевого синдрома между исследуемыми группами не отмечалось.

Анализ двительной активности больных в сравниваемых группах в послеоперационном периоде показал, что наличие сочетанного этапа при лапароскопической аппендэктомии не оказывает существенного влияния на динамику двигательной активности пациентов .

В среднем, продолжительность послеоперационног периода при лапароскопической аппендэктомии составила 6,2±1,2 суток, а при лапароскопической аппендэктомии в сочетании с лапароскопической операцией по поводу кист яичника – 6,4±1,6 суток .

Таким образом, приведенные выше данные наглядно свидетельствуют о том, что использование симультанного этапа (лапароскопическая операция при кистах яичников у девочек) при основном этапе (лапароскопическая аппендэктомия) не увеличивает агрессивности, травматичности, оперативного вмешательства, не оказывает существенного влияния на течение и сроки послеоперационного периода по сравнению с изолированными лапароскопическими операциями.

Средняя продолжительность операции у больных второй основной группы составила 16,5±4,0 минут, а у пациентов второй контрольной группы-12±4,5 минут, что свидетельствует о незначительном увеличении продолжительности оперативного вмешательства при наличии сочетанног этапа.

Динамика изменений «стрессовых» гормонов в обеих группах представлена в таблицах 4,5.

Анализируя изменения уровня стрессовых гормонов, мы отметили следующее: предоперационные показатели уровня кортизола и пролактина находились в пределах нормы и не имели достоверных различий в обеих группах; показатели гормонов во время операции в обеих группах существенно превышали средние величины нормальных показателей , но не имели существенно достоверных различий между собой; в послеоперационном периоде уровня «стрессовых гормонов» в обеих группах были ниже интраоперационных зна-

Таблица 1. Динамика кортизола в группах с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями (норма 140-600 нмоль/л)

Группы	До операции	Во время операции	После операции
1-я основная группа	441,4±132,2	839,8±137,3	644,4±122,9
1-я контрольная группа	435,2±124,6	829,4±142,7	627,5±137,6
			P±0,05

Таблица 2. Динамика пролактина в группах с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями (норма 57-600 мМЕ/мл)

Группы	До операции	Во время операции	После операции
1-я основная группа	275,2±116,4	2621,5±264,8	881,3±148,8
1-я контрольная группа	256,5±112,5	2588,4±235,5	865,7±165,2
			P±0,05

Таблица 3. Изменение экскреции катехоламинов в послеоперационном периоде у больных с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями

Группы	Адреналин (нмоль/сут)		Норадреналин (нмоль/сут)	
	До операции	1-е сутки после операции	До операции	1-е сутки после операции
1-я основная группа	42,4±3,3	44,8±2,1	105,2±8,2	261,5±11,2
1-я контрольная группа	42,9±3,0	44,4±6,1	104,6±7,8	258,4±12,5
				P±0,05

чений и также не имели достоверных различий между исследуемыми группами.

Динамика суточной экскреции катехоламинов с мочой представлена в таблице 6.

Анализ изменений уровня стрессовых гормонов так же, как и в предыдущих группах показал: показатели уровня кортизола и пролактина в послеоперационном периоде не имели достоверных различий в обеих группах и находились в пределах нормальных значений; во время операции в обеих группах отмечалось повышение средних величин, которые в то же время не имели существенных достоверных различий между собой; в послеоперационном периоде показатели уровня «стрессовых гормонов» в обеих группах были ниже интраоперационных значений и также не имели достоверных различий между исследуемыми группами.

Динамика изменений «стрессовых» гормонов в обеих группах представлена в таблица 7,8.

Динамика суточной экскреции катехоламинов с мочой представлена в таблице 9.

Заключение. Проведено проспективное рандомизированное, сравнительное исследование 6 групп детей с хирургической патологией органов брюшной полости, оперированных эндовидеохирургическим ме-

Таблица 4. Динамика кортизола в группах с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями (норма 140-600 нмоль/л)

	До операции	Во время операции	После операции
2-я основная группа	241,4±78,6	879,1±78,2	572,3±80,1
2-я контрольная группа	237,4±87,3	886,4±74,4	567,4±76,5
			P±0,05

Таблица 5. Динамика пролактина в группах с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями (норма 57-600 мМЕ/мл)

	До операции	Во время операции	После операции
2-я основная группа	244,2±87,1	1512±121,8	564,5±97,8
2-я контрольная группа	234,6±78,4	1454,4±116,3	546,9±99,3
			P±0,05

Таблица 6. Содержание катехоламинов в послеоперационном периоде у больных с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями

	Адреналин (нмоль/сут)		Норадреналин (нмоль/сут)	
	До операции	1-е сутки после операции	До операции	1-е сутки после операции
2-я основная группа	40,9±2,6	42,6±3,8	106,1±7,2	247,6±18,2
2-я контрольная группа	41,4±2,8	42,5±4,2	104,4±6,9	238,4±17,4
				P±0,05

Таблица 7. Динамика кортизола в группах с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями (норма 140-600 нмоль/л)

	До операции	Во время операции	После операции
3-я основная группа	216,8±76,4	1088,6±112,7	679,5±91,0
3-я контрольная группа	212,8±7,4	1028,5±110,4	658,4±87,9
			P±0,05

Таблица 8. Динамика пролактина в группах с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями (норма 57-600 мМЕ/мл)

	До операции	Во время операции	После операции
3-я основная группа	280,4±45,2	2824,4±144,3	991,2±104,6
3-я контрольная группа	276,8±38,5	2680,5±165,7	963,6±97,4
			P±0,05

Таблица 9. Содержание катехоламинов в послеоперационном периоде у больных с одиночными и сочетанными лапароскопическими операциями

	Адреналин (нмоль/сут)		Норадреналин (нмоль/сут)	
	до операции	1 с.после операции	До операции	1 с.после операции
3-я основная группа	41,3±2,2	46,8±6,1	108,4±7,2	263,4±11,2
3-я контрольная группа	40,6±1,9	43,6±5,4	107,7±6,8	257,2±12,4
				P±0,05

тодом, у 90 больных были сочетанные заболевания, у 90 – одиночные. Для решения поставленных задач в до-,интра- и послеоперационном периодах использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, определение динамики «стрессовых» гормонов и показателей симпато-адреналовой системы организма, изучены динамика течения послеоперационного периода. Полученные нами результаты позволили сделать следующие выводы:

1) Выполнение симультанных лапароскопических операций при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости у детей позволяет одновременно провести коррекцию нескольких хирургических заболеваний органов брюшной полости при незначительном увеличении продолжительности операции.
2) Проведение симультанных операций не увеличивает агрессивности, травматичности оперативного вмешательства, не оказывает существенного влияния на течение и сроки послеоперационного периода по сравнению с изолированными лапароскопическими операциями.
3) Показанием к выполнению симультанной лапароскопической операции является наличие двух отдельных хирургических заболеваний, когда лапароскопическое оперативное вмешательство показано при каждом из сочетанных заболеваний.

Список литературы:

1) Puchkov, K.V. SILS technology in surgery and gynecology / K.V. Puchkov, Y.E.Andreeva // Abstracts book of the 20-th EAES Congress, 20-23 July 2012. Brussels, Belgium. – P.161.
2) Нечипоренко, Н.А. Симультанные операции в хирургическом лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства / Н.А.Нечипоренко, Б.Л. Гаврилик, А.Н. Нечипоренко // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. - №4. - С. 6-12.
3) Дронова, В.Л. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях / В.Л. Дронова [и др.] // Украинский журнал хирургии. – 2013. - №2 (21) – URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/36334.
4) Запорожан, В.Н. Симультанные операции при сочетании гинекологи-ческой и хирургической патологии. Аналитический обзор / В.Н. Запорожан [и др.] // Репродуктивная эндокринология. – 2013. - №3. - С. 7-16.
5) Лещенко, И.Г. Малоинвазивные симультанные операции у пожилых пациентов с хроническим калькулезным холециститом / И.Г. Лещенко [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Т. 9, №4. - С. 23-27.
6) Садриев, О.Н.Симультанные операции при хирургических заболевани-ях надпочечников / О.Н. Садриев, А.Д. Гаибов // Novosti Khirurgii. – 2014. – V.22(6). – P. 678-686.

ТҮЙІН

К.Ж. САТЫБАЛДИЕВ, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ,
С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, В.И. КОТЛОБОВСКИЙ

БАЛАЛАРДАҒЫ ЭНДОБЕЙНЕХИРУРГИЯЛЫ ТӘСІЛМЕН ҚОЛДАНЫЛАТЫН ҚОСАРЛАНҒАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Тәжірибеге аз инвазивті эндобейнехирургиялық технологияларды енгізу бір уақытта бірлескен патологиялары бар науқастарды емдеу мүмкіндіктерін арттырады.

Іш қуысы ағзаларының хирургиялық патологиясы бар, эндобейнехирургиялық әдіспен операция жасалған балалардың 6 тобына салыстырмалы зерттеу жүргізілді. 90 науқаста бірлескен аурулар, 90 науқаста жеке аурулар болды. Жеке және бірлескен эндобейнехирургиялық операциялардың операцияға дейінгі, операция кезіндегі, операциядан кейінгі кезеңдеріндегі травматикалық дәрежесін анықтау үшін зерттеулер жүргізілді: жалпы клиникалық, лабораториялық, “стрестік” гормондардың дина-

SUMMARY

K.ZH. SATYBALDIYEV, B.K.JENALAYEV,
S.P. DOSMAGAMBETOV, V.I. KOTLOBOVSKY

ENDOVIDEOSURGICAL OPERATION OF POLYPATHIA IN CHILDREN

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Relevance. The introduction of minimally invasive endovideosurgical technol-ogies into practice, creates broad prospects for improving the simultaneous treatment of patients with polypathia pathology.

Material and methods of the study. Comparative study of 6 groups of chil-dren with surgical pathology of the abdominal organs operated by the endo-videosurgical method was conducted, 90 patients had polypathia, 90 patients had single diseases. To determine the degree of traumatism of single and com-bined endovideosurgical operations in pre-, intra-, postoperative periods, stud-ies were conducted: general clinical, laboratory, definition of the dynamics of “stress” hormones and indicators of the sympathetic adrenal system of the or-ganism, the dynamics of the course of postoperative period.

микасын, организмнің симпато–адреналдық жүйесінің көрсеткіштерін анықтау, операциядан кейінгі кезеңнің динамикасы зерттеледі.

Біз алған нәтижелер бойынша симультанды эндобейнехирургиялық операцияларды жасау барысында операция ұзақтығы жеке операциялармен салыстырғанда аз мөлшерде ұзаратындығы анықталды. Симультантты операцияларды орындау операциялық араласулардың агрессиялық, травматикалық қасиеттерін жоғарылатпайды. Операциядан кейінгі кезеңнің ағымы мен уақытына оқшауланған лапароскопиялық операциялармен салыстырғанда айтарлықтай әсер етпейді.

Симультанды операцияларды орындау бірлескен іш қуысы ауруларымен ауыратын балалардың емдеу нәтижелерін жақсартуға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер*: эндовидеохирургия, бірлескен аурулар.*

The results and discussion. The results have shown that when performing simultaneous endovideosurgical operations, the duration of operations is in-significantly increases in comparison with single operations. Implementation of simultaneous operations does not increase the aggressiveness, traumatism of surgical intervention, does not have a significant effect on the course and tim-ing of the postoperative period in comparison with isolated laparoscopic oper-ations.

Conclusion. Performing simultaneous surgeries can improve the results of treatment of children with polypathia of the abdominal organs.

Keywords: *endovideosurgery, polypathia.*

UDC 613.221-053.32

B. TUSSUPKALIYEV, AS.B. TUSSUPKALIEYEV, AK.B. TUSSUPKALIYEV,
S.K. BERMAGAMBETOVA, P.A. TUSSUPKALIYEVA

FEATURES OF THE FEEDING FOR NEWBORN WITH A SMALL BODY MASS

West Kazakhstan Marat Ospanova State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Annotation. The experience of implementation of breast milk enrichers for babies with extremely small body weight was studied. Newborns with extremely low body weight, who receive breast milk enriched with breast milk, are grown weight up more quickly, which makes it possible to shorten the period of stay in inpatient care. Such babies have extremely rare complications and allergic reactions, andbreast milk enriched (EBM) is easy to use. The results of our studies allow us to recommend the application of EBM for faster recovery of body weight for babies born with a small body weight..

Keywords: *Newborns with extremely and very small body weight, the enrichment of breast milk.*

Relevance. Due to the development of the technology of medicine, the tendency towards the survival of babies born with very low (VLBW) and extremely low body weight (ELBW) was noted. According to various researchers, the average survival rate for babiesare about 95% with VLBW, 72%with ELBW. Currently, as a basic care for newborn babies with VLBW and ELBW, forced introduction of nutrients is adopted for the aim of correcting the nutritional deficiency after birth. “Aggressive” tactics of parenteral and enteral nutrition, which babies with VLBW and ELBW well reacts, predisposes the reduction of acquired protein-energy deficiency and contributes to the increase in postnatal growth [1]. The application of such tactics was become possible by improving the composition of nutrients. First of all, it is necessary to say about nutrients, mixtures with a high protein content, since the rate of brain growth and cognitive function of VLBW and ELBW are directly related to protein intake during the first months of life. The child’s growth rate has impact on his total morbidity: in comparison with the child of the first monthlifethe risk of necrotic enterocolitis is five times higher forthe child with weight gain of 12 g / kg / day thanweight gain of 21 g / kg / day, risk of sepsis development is higher than 30% [2] . The majority of low-weight body children after check-out from the maternity hospital noted a lack of food nutrients. Dependent conditions may appear as malnutrition, anemia, lack of vitamins and minerals, delayed psychomotor development, digestive disorders including functional (constipation, colic) character [3].

Slowing growth after birth is noted in 60-100% of cases of premature birth in the world. According to the scientific literature, by the end of 36 weeks of post-conceptual age, almost 90% of children have low body and body lengths, which in 40% of children are continued to one and a half to two years. Estimation of motor development from the maternity home is evidenced about low development in 29% of low weight children, low mental development, in 22%. According to many scientists studies of effective feeding, it is associated with inadequate intake of protein to the body of the child.

From the literature sources it is known that premature births interrupt intrauterine development of the child at the moment of the highest growth rate.

Therefore, one of the actual action to prevent eating disorders after check-out from the maternity hospital is the optimal ensurewith the necessary food ingredients of children with a low birth weight. It is known that the content of a number of nutrients in breast milk, especially when preterm birth, is much less. As a consequence- aninsufficient weight gain. Decrease in the

level of urea, calcium and phosphorus, suboptimal status of microelements, insufficient mineralization (40% of children) of bone tissue [4].

To ensure that children with a low birth weight are provided with all the necessary components of nutrition and to preserve the nutrition of breast milk The enriched breast milk are applied - specially developed additives that correct the composition of nutrition of premature infants who are breastfeeding. This, on the one hand, allows to preserve all the advantages of breastfeeding, on the other hand - to prevent the development of a deficit of consumption necessary for adequate growth and development of nutrients. Researchers note the following advantages of using enriched breast milk with Nutrilon enrichment: Higher growth rate (body weight, height, head circumference and chest), mainly due to increase in the weight of organs, rather than adipose tissue, improvement of blood biochemical indicators reflecting the adequacy of protein intake, mineral substances, etc., reducing the time of parenteral nutrition; decrease in sepsis illness; reduceperiod of stay in hospital, milk enrichment does not increase risk of developing necrotizing enterocolitis.

Objectiveof the study. To study the effectiveness of enriched breast milk with Nutrilon enrichment for children with low birth body weight.

Materials and methods of research. The scientific study included 60 newborns with a low birth weight and were at the 2nd stage of nursing the Regional Perinatal Center in 2013-2015. Of these, 8 children (13.3%) were born with extremely low body weight, 35 (58.4%) very low in body weight and 17 (28.3%) with low body weight. The comparison group consisted of 15 new-born children who did not receive enriched breast milk with the Nutrilon enrichment. These enriches are used in Kazakhstan for about 5 years. To receive these enriches, special consent is not required. This enrichment specially released for the enrichment of breast milk and they usage in Kazakhstan is allowed. The design of the study is open retrospective analysis. The data were statistically processed according to the variational analysis by the dynamics of weight gain and period of stay in the hospital.

Results of the study and their discussion. The children from the main group, 32 children (54%) started receiving breast milk enriched with Nutrilon enrichment on the 8th day, 20 children (34%) on the 10th day, and the remaining 8 children (12%) started receiving enriched milk in later terms depending on the condition and body weight at birth.

As shown by the results of the analysis of the obtained data, newborn babies born with low body weight (from 2500 g to 1500 g) from the moment of obtaining enriched breast milk, compared with the children of the control group, were quickly added to the body weight and they were recruited in 2000 to the time of check-out.

As may be seen from Fig. 1, the curve of the dynamics of weight gain in children with very low body weight looked more direct in comparisonwith the children of the control group.

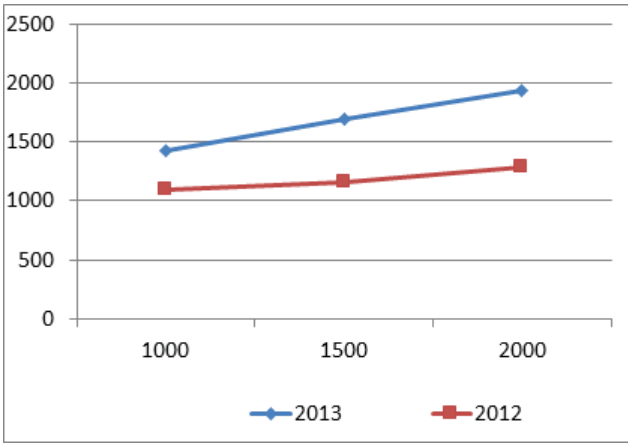


Fig. 1. Dynamics of weight gain of children with VLBWat children with EBM

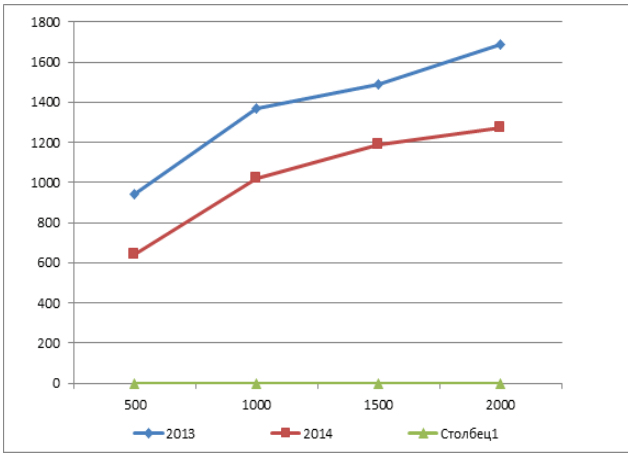


Fig. 2 Dynamics of weight gain of born with ELBW receiving EBM

As may be seen from figure 2 with ELBW at birth, the weight gain curve has inhomogeneous character, i.e. Gradual increase of body weight is replaced by decrease with following growing. For children of the control group these wavy changes are less expressed.

All the children from the maternity hospital were check-out with1800-2000 of body weight.

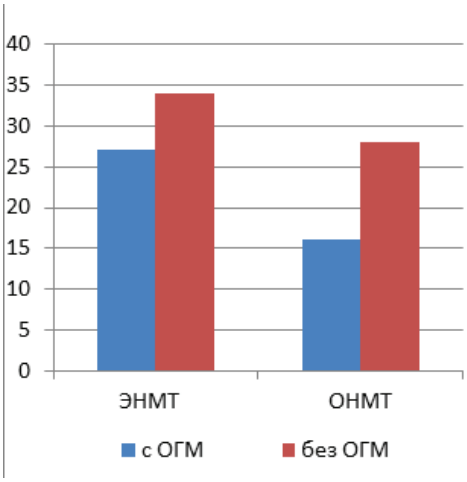


Fig. 3. Average stay period in the hospital for children with ELBW and VLBW.

As may be seen in Figure 3, children with ELBW received breast milk enriched byNutrilon were on inpatient treatment much less. And for children with VLBW this difference significantly increases.

Conclusion. Enrichment of breast milk by Nutrilonachieves to improvement of indicators of physical development, reduces the period of stay of newborn children in a hospital.

References:

1. Волянюк, Е.В. Параметры физического развития недоношенных детей и современные подходы к нутритивной поддержке на амбулаторном этапе / Е.В. Волянюк // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т.7. - вып.6. - С. 17-20.
2. Закиров, И.И. Диспансерное наблюдение за недоношенными детьми на первом году жизни в детской поликлинике / И.И. Закиров, А.И. Сафина // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т.6. - вып.1. - С. 68-76.
3. Микроэлементный статус новорожденных детей с микст-инфекцией в зависимости от массы тела / Б. Тусупкалиев, А.К. Жумалина, Р.М. Байжанова, Б.А. Жекеева // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2016. - №3(51). - С. 72-74.
4. Тусупкалиев, Б. Заболеваемость и содержание микроэлементов в крови школьников, проживающих вблизи хромперерабатывающих предприятий / Б. Тусупкалиев, С.К. Бермагамбетова, Ак.Б. Тусупкалиев // Гигиена и Санитария. – 2016. - №7, Т.95. - С. 655- 658.

ТҮЙІН

Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ, АС.Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ,
АК.Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ, С.Қ. БЕРМАГАМБЕТОВА,
П.А. ТҮСІПҚАЛИЕВА

ТӨМЕН САЛМАҚПЕН ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІ ТАМАҚТАНДЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Өте және экстремалды төмен салмақпен туылған нәрестелердің дене салмағын емшек сүтін арнайы қоспалармен толықтыру салмағының тез қалыптасуына және ауруханада болу мерзімін қысқартуға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: *Newborns with extremely and very small body weight, the enrichment of breast milk.*

РЕЗЮМЕ

Б. ТУСУПКАЛИЕВ, АС.Б. ТУСУПКАЛИЕВ,
АК.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА,
П.А. ТУСУПКАЛИЕВА

ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИВШИХСЯ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Обогащение грудного молока обогатительными смесями способствует у новорожденных, родившихся с экстремально и очень малой массой тела более быстрой прибавке массы тела и сокращению сроков пребывания в стационаре.

Негізгі сөздер: *Newborns with extremely and very small body weight, the enrichment of breast milk.*

УДК 616.149-008.341.1-005.1

К.Э. ХАИРОВ, М.М. КАЛАБАЕВА, К.М. АХТАРОВ

СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК,
Алматы, Казахстан

Цель исследования. Оценить способ наложения спленоренального сосудистого анастомоза при портальной гипертензии у детей.

Результаты. Приводятся результаты оперированных 222-х больных в возрасте от 9-ти месяцев до 15-ти лет, у которых в анамнезе отмечалось хотя бы одно пищеводно-желудочное кровотечение. Предложена разработка способа наложения спленоренального сосудистого анастомоза.

Заключение. Предлагаемый нами способ наложения анастомоза, заключающийся в формировании спленоренального Н-образного сосудистого анастомоза с помощью аллотрансплантата из участка внутренней яремной вены с сохранением селезенки, снижает травматизацию за счет органосохраняющей техники оперативного вмешательства и уменьшения возможных интраоперационных осложнений в виде кровотечений.

Ключевые слова: *портальная гипертензия, дети, сосудистый анастомоз.*

Актуальность. Портальная гипертензия – симптомокомплекс, обусловленный нарушением кровообращения и повышением давления в системе воротной вены. Ее причиной у детей чаще всего бывают врожденные и приобретенные диффузные заболевания печени (хронический гепатит, цирроз

печени, фиброкистоз и др.), аномалии развития и тромбоз магистральных сосудов портальной системы или печеночных вен. Портальная гипертензия может быть в равной степени следствием активно текущих и завершившихся патологических процессов, явлением временным или стойким, необратимым. По данным J. Auvert (1959), аномалии развития являются причиной портальной гипертензии у детей в 80% наблюдений. Показания к хирургическому лечению определяются степенью развития триады клинических проявлений заболевания: варикозным расширением вен, частотой и массивностью кровотечений из них, интенсивностью проявлений гиперспленизма [1].

До настоящего времени основной целью лечения портальной гипертензии является ликвидация кровотечений из вен пищевода и желудка. Наиболее надежным методом предотвращения кровотечений при портальной гипертензии у детей остаются операции венозного шунтирования. В выборе показаний к тому или иному типу сосудистого анастомоза необходимо придерживаться дифференцированной тактики, которая обусловливает возраст ребенка, состояние сосудистой системы, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

Цель. Оценить способ наложения спленоренального сосудистого анастомоза при портальной гипертензии у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в хирургическом отделении Научного центра педиатрии и детской хирургии в период с 1998 по 2016 год находилось 282 детей с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 9 месяцев до 15 лет. Всем детям было проведено комплексное общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости и допплерография сосудов портальной системы на аппарате Logic P6 GE-Healthcere органов позволило определить размеры печени и селезенки, проходимость сосудов, направление кровотока по портальной системе и печеночных венах. Компьютерная томография («Siemens») органов брюшной полости с контрастированием сосудов. Фиброэзофагоскопия (ФЭГДС) с использованием эндоскопов фирмы «Olimpus» (Япония) позволила визуализировать варикозные вены пищевода, изменения слизистой желудка.Так же пациентам проводилась спленопортография и мезантерикопортография для определения уровня обструкции портального кровотока (селезеночная вена, основной ствол воротной вены), а также пути коллатерального портокавального кровотока.

Оперированы были 222 больных у которых в анамнезе отмечалось хотя бы одно пищеводно – желудочное кровотечение. Экстренные вмешательства проведены на высоте кровотечения. 60 детей не оперированы из-за невыраженности клинических проявлений портальной гипертензии и отсутствия угрозы возникновения кровотечения по данным ФЭГДС.

По характеру оперативных вмешательств больные распределились следующим образом: 11 (5%) детям проведена гастротомия по Пациора в сочетании с наружной деваскуляризацией вен желудка. 25 (11%) - произведено наложение мезо-кавального анастомоза с пересечением нижней полой вены. 73 (33%) - произведено наложение сплено-ренального анастомоза со спленэктомией. 5 (2,2%) больным наложение сплено-ренального анастомоза «бок в бок» без спленэктомии и 101детям (46%) Н-образный мезо-кавальный шунт. 7 (4,7%) детей из них оперированы по разработанному нами способу.

Задачей нашего исследования явилась разработка способа наложения спленоренального сосудистого анастомоза при портальной гипертензии,позволяющей снизить травматизацию за счет органосохраняющей техники оперативного вмешательства и уменьшения участка выделяемой селезеночной вены, предотвращение возможных осложнений.

Решение данной задачи осуществлено следующим образом. Под общим обезболиванием производят лапаротомию. Дальнейший ход операции представлен на схеме (рисунок 1) [2, 3]. Проводят мобилизацию наиболее свободного участка селезеночной вены (1) от ткани поджелудочной железы на протяжении 2,0 см и забрюшинно – левой почечной вены (2) на протяжении 3,0 см. Далее производят выделение фрагмента правой внутренней яремной вены путем поперечного доступа над правой ключицей, после выделения фрагмента проксимальный и дистальный отделы вены перевязывают и прошивают, при этом сохраняют наружную и переднюю яремные вены. Затем производят наложение анастомозов. Аутотрансплантант (3) из яремной вены длиной 2-3 см анастомозируют с селезеночной (1) и левой почечной (2) венами, в которых вырезают «окна» (4, 5). Диаметр накладываемого Н-образного анастомоза (6) должен быть не менее 0,5 см. для адекватного сброса крови из системы воротной вены (7) в систему нижней полой вены. Постановку дренажа в брюшную полость осуществляют через отдельный разрез. Гемостаз - по ходу операции. Послойно восстанавливают целостность тканей, накладывают швы на кожу лапаратомного разреза и на шее. Послеоперационную рану обрабатывают йод – повидоном, накладывают асептические повязки [4].

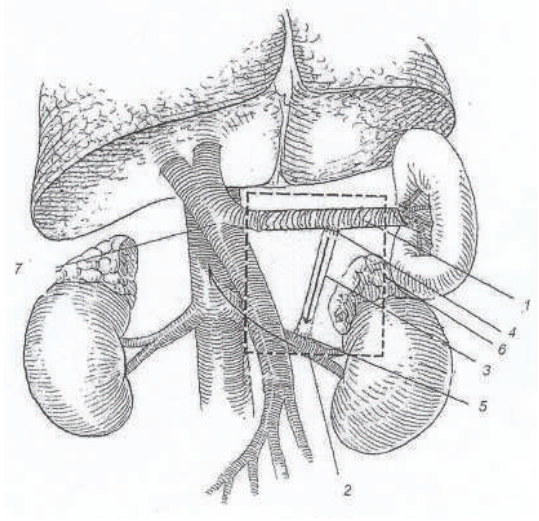


Рисунок 1.

При наблюдении прооперированных детей в катамнезе в течение трех лет выявлено, что у детей, прооперированных по предлагаемому нами способу,

тромбоза анастомоза и повторного кровотечения не наблюдалось. В отличие от детей контрольной группы, которым была произведена операция наложение проксимального спленоренального анастомоза «конец в бок» со спленэктомией и спленоренального анастомоза «бок в бок» без спленэктомии, тромбоз сосудистого шунта в катамнезе до 3-х лет наблюдался 16,7% и 13,8% ,соответственно. Также у детей, которым проведена спленэктомия, в 71,3% случаях отмечался тромбоцитоз в ближайшем послеоперационном периоде.

В качестве примера приводим историю болезни ребенка Б., 12 лет. Диагноз – Внепеченочная портальная гипертензия. Больным считает себя в течение 2-х лет, когда впервые обнаружили увеличение селезенки, а год назад открылось пищеводно-желудочное кровотечение на фоне вирусной инфекции и подъема температуры тела до 39ºС. На УЗИ органов брюшной полости с допплерографией сосудов печени – признаки портальной гипертензии (снижение скорости кровотока воротной вены, спленомегалия). Фиброэзогастродуоденоскопия – варикозное расширение вен средней трети и нижней трети пищевода III степени. Спленопортография – признаки внепеченочной портальной гипертензии с массивным сбросом на пищевод, диметр селезеночной вены – 1 см.

Лечение: лапаротомия, наложение Н-образного спленоренального анастомоза, согласно заявляемого способа, посредством применения аутотрансплантата из внутренней яремной вены. При разжатии сосудистых зажимов кровотечения с места выделения селезеночной вены и перегиба анастомоза не отмечено. Швы с ран сняты на 8-е сутки после операции. Раны зажили первичным натяжением. Ребенок выписан на 10-е сутки после операции. В катамнезе через 1 год, при допплерографии, Н-образный спленоренальный анастомоз функционирует, диаметр анастомоза 6,5 мм, скорость кровотока 16 см/сек.

Выводы. Таким образом, предлагаемый нами способ наложения анастомоза, заключающийся в формировании спленоренального Н-образного сосудистого анастомоза с помощью аллотрансплантата из участка внутренней яремной вены с сохранением селезенки, снижает травматизацию за счет органосохраняющей техники оперативного вмешательства и уменьшения возможных интраоперационных осложнений в виде кровотечений.

Список литературы:

1. Акопян, В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста / В.Г. Акопян. – Москва, 1982. – С. 297-375
2. Cooley, D.A. Side-to-side spleno-renal anastomosis with splenic preservation for portal hypertension / D.A. Cooley // Surg. Gynecol Obetet. - 1963. - Vol. 16. - P. 626-628.
3. Золингер, Р. Атлас хирургических операций / Р. Золингер. - Москва, 1996. - С. 292-299.
4. Способ наложения спленоренального сосудистого анастомоза при портальной гипертензии / Э.К. Хаиров [и др.] // Описание изобретения к инновационному патенту. – Комитет по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан, 15.05.2009. – 15.12.2010, бюл. № 12. – (19)KZ(13) A4(11)23340(51)A61B17/11(2009.01).

ТҮЙІН

К.Э. ХАИРОВ, М.М. ҚАЛАБАЕВА,
К.М. АХТАРОВ

ПОРТАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕГІ СПЛЕНОРЕНАЛДЫҚ ҚАНТАМЫРЛЫҚ АНАСТОМОЗДЫ ЖАСАУДЫҢ ӘДІСІ

ҚР ДСМ Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы, Қазақстан

Мақсаты. Балалардағы порталды гипертензия кезіндегі спленореналды қантамырлық анастомоз салу әдісін бағалау.

Нәтижесі. Зерттеуде, анамнезінде асқазан-өңеш қан кетуі болған, 9 айдан 12 жас аралығындағы, порталды гипертензия бойынша ота жасалған 222 науқас балалардың нәтижесі көрсетілген. Спленореналды қантамырлық анастомозды жасаудың оталық әдісі ұсынылған.

Қорытынды. Біз ұсынылған ішкі мойындырық венасының бөлімінен алынған трансплантант арқылы, көкбауырға тиіспей жасалатын Н-тәрізді қантамырлық анастомозы мүшені сақтау арқылы жарақаттау пайызын азайтып, отадан кейінгі қан кету секілді асқынуларды төмендетеді.

Негізгі сөздер: *порталды гипертензия, балалар, қантамырлық анастомоз.*

SUMMARY

K.E. KHAIROV, M.M. KALABAYEVA,
K.M. AKHTAROV

THE METHOD OF APPLYING SPLENORENAL VASCULAR ANASTOMOSIS IN PORTAL HYPERTENSION

“Scientific center of pediatrics and pediatric surgery” of the Ministry of Health of RK, Almaty, Kazakhstan

Purpose of the study is to evaluate the method of applying splenorenal vascular anastomosis in portal hypertension in children.

Results. The results of 222 operated patients at the age from 9 months to 15 years old with esophageal-gastric bleeding are presented. The development of a method for applying splenorenal vascular anastomosis is suggested.

The conclusion. The proposed method of anastomosis, consisting in the formation of splenorenal H-shaped vascular anastomosis with the help of an allograft from an internal jugular vein with preservation of the spleen, reduces traumatism due to organ-preserving technique of surgical intervention and reduction of possible intraoperative complications in the form of bleeding.

Keywords: *portal hypertension, children, vascular anastomosis.*

УДК 616.72-007.248-089-07-08

А.Б. БАЙЖАРКИНОВА

БАЛАЛАРДЫҢ ӨРШІМЕЛІ ЖОҒАРЫЛАҒАН ЖӘНЕ ТӨМЕН ІШЕК ҚЫНАПТАЛУЫН АНЫҚТАУДЫҢ ЖӘНЕ ЕМІНІҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУЫ
(тәжірибеден)

Госпиталь-теміржол ауруханасы, Ақтөбе, Қазақстан

Аннотация. Әдебиет мәліметтері бойынша кейбір авторлар орта есеппен 6 жасқа дейін балаларда ішек қынапталуы кездесетінін және бір жастан асқандарында ол аурудың кездеспейтінін анықтаған, әрі көбіне ер балалар арасында болады деген. Ал, жазбаның авторы өз тәжірибесіндегі ауырған қыз балаларда (екі мысал ретінде) кездескен өршімелі жоғарылаған және төменгі ішек қынапталуын ажырату мен ем-шарасының ретроспективті талдауын келтірген.

Негізгі сөздер: *инвагинация, инвагинат, «таңқурай» тәрізді, дискоординация, диапедез, транссудат, Баугиниев клапаны.*

Кіріспе. Әдебиет бойынша латын сөзінен аударса (invaginatio) мағынасы – ішек қынапталуы. Қынапталған ішек (инвагинациясы) - арнайы бөлек нозоформаға, (механикалық ішек өткізбеушілігінің) аралас түріне жатады, бір проксимиальды ішек бөлшегі дистальды бөлшегіне енуінен болады. Қынапталғанда (инвагинация) алдымен обтурациялық, сосын странгуляциялық ішек өткізбеушілігі болады. Қынапталуы ауыз жаққа қараса, оны өршімелі жоғарылаған ішек қынапталуы (біздің мысалда бірінші емделуші жасөспірім қыз балада болған), егер тік ішекке қарай инвагинация бағытталған болса, төменгі ішек қынапталуы (екінші қыз балада кездесті) деп атаймыз. Туылған балаларда 4 және 9 ай аралығында ішек қынапталуы 85-90% болады, ал әдебиетте бір жастан асқан балаларда инвагинация кездесуі өте сирек болады деп келтірілген. Ішек инвагинациясының жиілігі 1000 тірі баланың 1-4-де кездеседі.

Балалар ішек инвагинациясы (қынапталған түрі) туралы 1674 жылы алғашқы рет Barbette жазыпты. Ал, 1834 жылы хирург Wilson бірінші рет инвагинацияға сәтті ота жасаған болатын. Hirschprung 1876 жылы инвагинатты гидростатикалық әдіспен 107 баланы емдеп, олар 1905 жылға дейін бақылауда болғандарының ішінде 35%-ы өлгендігін баяндапты. Н. В. Шварц (1937) 8 айлық балаға ота жасағанда ішектің комбинацияланған түрін (яғни соқыр ішектің өрлеген және ретроградтық түрі) сигмотәрізді тоқ ішектің де төменгі инвагинациясын байқаған екен. Балалар инвагинациясы туралы В. М. Портной (1962) мен И. С. Футорный (1964). И. И. Архипенко (1965) жазып кеткен. Әдебиетте әртүрлі мерзімде біренсаран кездескен ішектің көп сала жерінде болатын инвагинацияны келтірген авторлар: (Л. Ф. Балабанович, 1960; Ю. М. Дедерер, 1965; Falor, 1948; Streicher, 1966, және басқалары.).

Ішек инвагинациясының этиологиясы әлі толық белгісіз. Нотнагель және Проппинг (Nothnagel, Propping) деген авторлар спастикалық теорияға жүгінеді. Бірақ та, инвагинация болу себептері бар: мерзімді тамақтанбау, лимфаденопатия ауруы, жабық іш жарақаты, ішектің полиптері мен обыр ішек аурулары, Меккел атты ішек қалтасы (дивертикул) болуы. Осы анатомиялық себептердің ішінде, айта кету керек, ішектің шажырқай майының (лигоментумның) ұзындығына байланысты, ол кезде бүйен тәрізді «соқыр ішектің» және мықын ішектің патологиялық қозғалуы болады, әрі илиоцекальдық қақпақшасының (клапанның) ауытқулы дамуына байланысты. Инвагинацияның пайда болуы ішектің дискоординациялық жылжуына, әрі ішектің бір-біріне енуіне байланысты. Диапедез арқылы эритроциттер қан арнасынан шығып, кілегей бөлініспен араласа кетіп, транссудатқа айналады, нәжістің түсін өзгертіп «таңқурай» секілді («малиновое желе») болады. Ішектің қабаттарының ісінуіне қарай, оның артериалдық тамырларының қан айналымы бұзылып, ішекті шіруге (гангренасына) әкеледі. Гангрена инвагинаттың басынан басталып кейінге тарайды. Ішек бір-біріне енгеннен обтурациялық жағдай болады, ішек түтігі жабылады, сыртқы ішек тысы қысып странгуляциялық ішек өткізбеушілігіне апарады. Сонымен, осы түрдегі ішек бітелуі «аралас» деп аталады. Инвагинат үш цилиндрден тұрады: сыртқы, орталық, ішкі беті және ол инвагинаттың басы болып аталады.

Әдебиетте бірнеше классификациялар келтірілген: Л. М. Рошаль (1964), В. М. Портной (1965) и А. П. Лебедев (1969). Лондон госпиталінде ішектің бірден өрлеген және төменгі түрлі қынапталуының кездескені, осы аурудан 78% жағдайда жазылғандары, әрі сауалып кеткені көрсетілген.

1. Жедел ішек инвагинациясы 98,8%-да кездеседі. Бұл түрінде 12-24 сағат аралығында ерте жасалған операциядан да 20% баланың өмірін сақтау мүмкін емес. Рентгенографиялық зерттеудің жедел ішек инвагинациясын ажыратуға көмегі болмайды, сол себептен уақыт алмау керек деген.

2. Созылмалы ішек инвагинациясы 0,7% құрайды.

3. Рецидивті ішек инвагинациясы (0,5%).

4. Отадан кейін кездесетін ішек инвагинациясы 1% құрайды.

В. П. Портной локализациясына байланысты ішек инвагинациясының жиі кездесетін жері – илеоцекальды бұрыш - 91, 3% бірнеше түріне бөлінеді деген:

а) соқыр ішектің жоғарғы өрлеу мықын ішегіне ену, бірақ клапан жиегінен өтпеген түрі;

б) мықын ішектің Баугиниев клапанынан өтіп тоқ ішекке енген түрі:

- қарапайым түрі – соқыр ішектің инвагинатқа жақындай түсуі, бірақ енбеуі;

- күрделі түрі – соқыр ішектің басқа бөлшектері инвагинатқа тереңдеуі, оның орталық бөлшегін құрастыруы;

с) мықындық клапан – көлденең тоқ ішектік түрі (мықын ащы ішектің бөлшегі мен тоқ ішекпен бірге инвагинатқа тұтас тереңдеуі);

Ащы ішек – ащы ішекке енетін түрі - 6,5%-ды құрайды;

Тоқ ішек – тоқ ішекке ену түрі - 2,25%-да кездеседі.

Маңыздылығы. Балалар арасында ішек қынапталу азаймай тұрғандығы айтылады әдебиет тарабында, әрі өлім-жітімде баршылық болғандықтан, оның клиникасын жақсы білу, ерте ауруды ажырату, диагнозын уақытында қою, әрі ем-шара қолдану дәрігерлік міндет деп саналады.

Инвагинацияның клиникасы – ең алдымен аяқ астынан баланың іші ауырады, ол 90 % жағдайда кездеседі. Сонан кейін көп ұзамай бір-екі рет құсық пайда болады. Баланың қызуы көтерілмейді. 1-2 рет қалыпты нәжіс болады, соңынан 6-10 сағаттан кейін қан аралас «таңқурай» түсті нәжістен кейін жел шықпай, бала аяғын ішіне тартып алады. Біраздан соң ауырсыну басылған кезінде ұқыпты қарағанда бала ішін басқызады, ол кезде іш жұмсақ болып тұрады. Қатты шаншулаған кезде ішті ептеп қараса «шұжық» тәрізді эластикалық ісік байқалады. Сондай ісік білінуі кешеулеу белгілеріне жатады.

Әдебиетте жазылған инвагинат тоқ ішектің барлық жерінен өтіп, тік ішектен шығып тұрғанды жас анасы, немесе жас дәрігер, тағы басқа қараушылар да «тік ішектің түсіп» кеткені деп ойлайды.

Кешеулеу қаралған кезде осы ауруды ажырату мезгілінде қателескен жағдайда перитонит клиникасы басталады: ол кезде іші қампиған, әрі кернеулі, қатты ауырсыну болады, ал, пальпация кезінде барлық іш бетіне бала қолды тигізбейді. Баланы қарағанда міндетті түрде тік ішегін де зерттеу қажет. Бимануальды саусақпен тексеру кезінде ісікті де байқауға болады, тік ішектен кілегей бөлінісі қан аралас нәжіссіз шығады.

Ішек инвагинациясын емдеу жөнінде әртүрлі науқас баланың жасына қарай, ауру басталған уақытына қарай шешіледі. Емшектегі балаға (ертерек келсе) консервативті әдіспен (біздің екінші мысалдың) ем-шарасын қолдануға болады, яғни монометрі бар Ричардсон баллоны арқылы газды бұрумен ішекке жел айдалынады. Бұл әдісте тек мықын ащы ішектің тоқ ішекке енген, әрі 18 сағатқа дейін стационар жағдайында консервативті ем қолданылса 60% жағдайда жақсы нәтижелі болады. Міндетті түрде одан кейін рентген контрастты зерттеу қажет, қынапталу қайталауы (рецидив) консервативті емнен кейін 5% құрайды. Ал ащы ішек-ащы ішекке кірген жағдайда консервативті әдіспен емдеу қиын әрі болмайды.

Консервативті емнің қарсы көрсеткіші:

1.Мықын ішек мықын ішекке енген түрі;

2. Тік ішектен қан кеткен жағдайда;

3.Рентгенограммада ащы ішектің обструкциясы болса;

4.Аурудың басталғанына 18 сағаттан асса;

5. Бір жастан асқан балаларға;

6. Егер дегидратация 5%-дан артық болмаса;

7. Қынапталу қайталанған жағдайда;

8.Колоноскопия кезінде инвагинаттың басында некроз көрінсе.

Лапароскопия әдісін, консервативті әдіске қосса, мүмкін визуалды қарап инвагинат жазылғанын анықтап, әрі ішектердің тіршілігін байқау арқылы шешуге болады, осы негізгі мақсаты деп саналады. Лапароскопия әдісінің қолдану көрсеткіштері төмендегідей:

1. Ерте басталған ауруға консервативті ем нәтижесіз болған жағдайда;

2. Егер асқынусыз инвагинат консервативті емнен жазылған жағдайда;

3. Бір жастан асқан балаларға инвагинацияның себебін анықтау үшін.

Оперативті әдісті емдеу үшін жалпы жансыздандырумен лапаротомия қолданып, саусақпен дезинвагинация жасау керек, ол үшін шарбы майға 0,25% новокаин ерітіндісімен блокадасын жасап, ішекті тартпай, абайлап инвагинатты керісінше «сығу» әдісін (дезинвагинация деп айтылады) қолдану қажет. Кейде ішектің шіріген инвагинатын резекция арқылы (anus) салған кезде, т.б. ауыр жағдайда өлім кездесуі ықтимал. Mansell-Moul-iin Delore әдісі бойынша жасаған резекция кезінде өлім жағдайы 1%-ды құрайды. Егер ісікке байланысты кірген ішек шықпай жатса немесе қарайған ішектің бөлшегі көрінген болса, әрине резекциямен шіріген ішектің бөлшегі алынады, сау жеріне анастомозбен жалғау керек. Отадан кейін рецидивті түрі 1-4% кездеседі.

Зерттеу мақсаты: медициналық әдебиетте балалар хирургиясы ауруларының ішінде инвагинация туралы, әсіресе өршімелі жоғарылаған және төмен қынапталған туралы мәліметтері қазақ тілінде жоқ. Жоғарыдағы жазылған қынапталған ішектің клиникасын, оның көрсеткішіне байланысты емдеу мәселелерін автор өз тәжірибесінде кездескен екі мысалмен байланыстыру нәтижесін көрсету маңызды деп санады. Көптеген бала ауруларының ішінде өршімелі жоғарылаған және төмен ішек қынапталған ауытқулықтың диагностикасын жақсарту – негізгі дәрігерлік мақсатқа жатады.

Материалдар мен әдістер. Ретроспективті талдауда келтірілген материалдардағы екі мысал тәжірибеден алынған: екі қыз баланың (біреуі жасөспірім – жоғарыға өршілеген, екіншісі 1,5 жаста – төменге қарай қынапталған). Стационарда жасөспірім қыздың диагнозын қойып, (ол уақытта УДЗ жоқ), оның дәрігерге кешеулеу келуіне байланысты, ішін қарағанда «шұжық» тәрізді белгісі, әрі тік ішек арқылы бимануальды қарағанда «таңқурай» түсті бөлініс болған. Жедел жағдай болғандықтан (ауырғанына 24 сағат), оған рентгендік зерттеу жүргізбей-ақ, анамнезіне сүйеніп, анасының келісімі бойынша, аға оташының және анестезиологтың көмектері арқасында лапаротомия арқылы тоқ ішек тоқ ішекке, сосын ащы ішекке енгізу, яғни, дезинвагинация жасалды. Екінші жас жарымға келген қыз балаға (ауырғанына 16 сағат болған) консервативті ем қолданылған. Ол қынапталған ішекті желмен үрлеу әдісі бойынша жасалды, әрине, рентгенологтың көмегімен дезинвагинация сәтті

болды. Екеуінде де рецидив болмады.

Зерттеу нәтижесі мен талқылауы. Автор өз мамандығын (1964-1977) бастап игеру кезінде балалар хирургі және УДЗ болмаған. Тәжірибесінде неше түрлі жарақатпен және түрліше жедел хирургиялық ауруларымен қаралған балалардың ішінде көптеген емделушілердің жедел ішек өткізбеушілікпен болғанын еске салады.

Әсіресе, екі қыз баланы мысал үшін келтірген. Біреуі жасөспірім өршімелі жоғарылған ішек қынапталу ауруына, екіншісі жас жарымдағы қыз баланың төменге қарай ішек қынапталуына хирургиялық стационарда екі түрлі ем қолданылған. Жасөспірімнің хирургиялық стационарға кештеу келген белгілері ішін сипағанда «шұжық» тәрізді білінуі анық әрі тік ішек арқылы саусақпен зерттегенде «таңқурай тәрізді» бөлініс болды. Оперативті ем – іштің орта-орта ақ сызық арқылы лапаротомияны қолданып, дезинвагинация әдісімен ащы ішекке жоғарыға өршімелі қынапталған тоқ ішек орнына салынды. Ал, екінші қыз балаға (1,5 жастағы) стационарда консервативті ем (жел үрлеу әдісі) қолданды. Рентгенологпен бірге бақылауымен дезинвагинация сәтті орындалған болып шықты. Айтылған екі түрлі әдістер кезінде басқа балаларға да тап осылай көмек берілді. Бұл жағдайда зерттеу мен емшараның нәтижесін ретроспективті талдау себебіміз – жасөспірім қыз баланың өршімелі жоғарылаған ішек қынапталуы өте сирек кездесетін ауру. УЗД болмаған, оның үстіне туыстың балаларын емдеу әр уақытта сын болып келеді. Осы екі мысалдар келтірген арқасында, жалпы барлық емделуші балаларға тап осындай назар аударылды десек артық емес. Ол екеуі де қазіргі уақытта үлкен жаста, бірақ бұл аурудың қайталанбағаны анық.

Қорытынды**.** Автор өз мамандығын (1964-1977) бастап игеру кезінде балалар хирургінің және УДЗ болмағандықтан, мақаласында өз тәжірибесінде неше түрлі жарақатпен және түрліше жедел хирургиялық аурулармен қаралған балалардың ішінде көптеген емделушілердің жедел ішек өткізбеушілікпен емдегенін еске алады. Мысалға, екі жағдайда да туыстарының қыздарында қынапталған ішек ақаулығы кездескен. Біреуі – жасөспірім жаста, ал, екіншісі бір жас жарымда болған. Екеуіне екі түрлі ем: оперативті және консервативті әдісі қолданылған және жақсы нәтижемен қорытындыланған. Олар осы уақытта үлкен жаста, біреуі (ота жасалынғаны) ардагер жасына жақындады, екіншісі – жұмыста. Бұл аурудың қайталауы болған жоқ. Осы таңда инновациялық технология дамыған кезде балалардың ішек өткізбеушілігінің инвагинация түрінің ажыратуы мен емі жоғарғы деңгейде болуына, әрі өлім-жітімсіз өтуіне күмән болмау керек.

Әдебиеттер тізімі:

1. Дроздов, А.А. Детская хирургия: Конспект лекций / А.А. Дроздова, М.В. Дроздова. – Ростов: Феникс, 2007. – 755 с.
2. Абдоминальная хирургия у детей / Ю.Ф. Исаков, З.А. Степанов, Т.В. Красовская. – М.: Медицина, 1988. – 415 с.
3. http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/intussusception
4. http://meduniver.com/Medical/Book/46.html MedUniver
5. http://medicalplanet.su/xirurgia/1005.html MedicalPlanet

РЕЗЮМЕ

А.Б. БАЙЖАРКИНОВА

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСХОДЯЩЕЙ И НИСХОДЯЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ (из практики)

Госпиталь-теміржол ауруханасы,
Актобе, Казахстан

В данной статье описаны литературные данные по инвагинации кишечника у детей, где некоторыми авторами утверждается, что инвагинация встречается в среднем до 6 лет и в большинстве случаев у мальчиков, и это заболевание вовсе не встречается после года жизни ребенка. Автор статьи приводит ретроспективный анализ диагностики и лечения восходящей и нисходящей инвагинации кишечника у детей на двух примерах (больных девочек) из своей практики.

Заключение: В период (1964-1977) становления хирургом у автора статьи, когда не было еще детского хирурга и УЗИ, на практике встречались пациенты с разнообразными травмами и острыми хирургическими

SUMMARY

A.B. BAIZHARKINOVA

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ASCENDING AND NISKING INTEGRATION OF THE INTESTINE IN CHILDREN (from practice)

Railway hospital, Aktobe, Kazakhstan

In this article, literary data on intussusception of intestines in children are described, where some authors assert that invagination occurs on average up to 6 years and in most cases in boys, that this disease does not occur after a year of life. The author of the article presents a retrospective analysis of the diagnosis and treatment of ascending and descending intussusception in two children (sick girls) from their practice.

Conclusion: During the period (1964-1977) of becoming a surgeon, the author of the article, when there ware no children's surgeons and ultrasound tests, in practice met children with various traumas and acute surgical diseases. For example, the cases with acute intestinal obstruction, especially with intussusception were met at relatives-girls in adolescence and 1.6 months.

заболеваниями.К примеру: с острой кишечной непроходимостью, особенно с инвагинацией, которые запомнились в двух случаях, т.к. были обнаружены у родственников –девочек в подростковом возрасте 1,6 месяцев. Им применялись методы оперативного консервативного лечения с последующими хорошими результатами. Они сейчас живы, одна, (которая перенесла операцию) в предпенсионном возрасте, другая работает. Рецидивов этой болезни не было. В настоящее время, в период инновационной технологии, диагностика и лечение кишечной непроходимости в форме инвагинации кишечника у детей должны быть на высшем уровне, по возможности, без летальных исходов.

Ключевые слова: *инвагинация, инвагинат, «малиновое желе», дискоординация, диапедез, транссудат, баугиниев клапан.*

Methods: surgical treatment and conservative treatment with good results. There were no recurrences of this disease. At the present time, in the period of innovative technology, the diagnosis and treatment of intestinal obstruction in the form of intussusception in children should be at the highest level, if possible without lethal outcomes.

Keywords: *invagination, invaginate, «raspberry jelly», discoordination, diapedesis, transudate, bauginiev valve.*

УДК 616.348-002-08-053.31

Б.Н. БИСАЛИЕВ[1], А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ[1], С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ[1], Р.А. КЕНЖАЛИНА[1], Ж.Т. БАУБЕКОВ[1], М.Т. ИЛЬЯСОВ[2]

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

[1]Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан
[2]Актюбинский медицинский центр, Актобе, Казахстан

Аннотация. В современной хирургии новорожденных лечение некротизирующего энтероколита (НЭК) у младенцев остается предметом оживленной дискуссии. Приведены результаты лечения 24-х новорожденных детей с НЭК, находившихся в Актюбинском медицинском центре в период 2015-2017г.г.

У 2-х детей после проведения консервативной терапии получен положительный результат. В 22-х случаях дети поступили на III-IV стадиях НЭК. У 15-ти детей проводился лапароцентез и дренирование брюшной полости на этапе предоперационной подготовки. В 7-ми случаях лапароцентез не выполнялся. 21 детей с НЭК подверглись оперативному лечению в различные сроки стационарного лечения. Лапароскопия проводилась у 1-го ребенка, лапаротомия у 20-ти детей. Летальность составила 41,6%. Послеоперационная летальность -42,8%. Высокая смертность наблюдалась в группе недоношенных детей с сопутствующей патологией других органов. Возросло число пациентов с НЭК с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Обязательное проведение лапароцентеза с дренированием брюшной полости в предоперационном периоде положительно отражается на результатах лечения. Раннее начало лечения неонатологами в педиатрической стадии НЭК приводит к нарушению стадийности заболевания, к искажению картины внутрибрюшной катастрофы, особенно при инфильтративно-спаечных формах некротического энтероколита с подострым течением заболевания. Отложенное оперативное лечение приводит к распространению процесса и неблагоприятному исходу. Некротические изменения в начальных отделах тощей кишки вынуждают хирурга формировать высокие еюностомы. Формирование магнитно-компрессионных анастомозов в послеоперационном периоде способствует решению проблемы раннего закрытия еюностом.

Проведенный анализ результатов лечения соответствует результатам большого количества научных работ и показывает изменения, произошедшие в последние годы в клинике и диагностике некротизирующего энтероколита.

Ключевые слова: *новорожденные, некротический энтероколит, лапароцентез, лечение.*

Актуальность проблемы. Некротический энтероколит новорожденных – это болезнь выживших недоношенных, поэтому наиболее часто встречается у недоношенных детей первых недель жизни [1,2]. Несмотря на значимое улучшение качества оказания помощи недоношенным детям с неблагоприятными анте- и интранатальными факторами, неуклонно растет количество случаев заболевания, и на сегодняшний день добиться значительного прорыва в лечении данной патологии не удается [3,4,5].Росту количества заболевания также способствует переход на новые критерии живорожденности, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, что делает проблему лечения и выхаживания пациентов с очень и экстремально низкой массой тела еще более острой [6]. Проблемой остается нетипичная клиническая и рентгенологическая картина заболевания при подостром его течении на фоне проводимой интенсивной терапии

в роддоме, своевременная диагностика тяжелых и угрожающих жизни осложнений некротического энтероколита[6,7,8]. Летальность при НЭК остается высокой и составляет 35-70% у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания и сопутствующими патологическими состояниями [9,10]. Необходимость проведения лапароцентеза в составе комплекса предоперационной подготовки до сих пор является предметом дискуссии[11].

Таким образом, лечение НЭК у новорожденных младенцев остается актуальной проблемой всей перинатальной службы в целом, успешное решение которой позволит улучшить результаты лечения данного заболевания.

Целью работы является анализ результатов лечения НЭК**.**

Материалы и методы исследования. В Актюбинском медицинском центре в период 2015-2017г.г. находились на лечении 24 новорожденных детей с НЭК. Недоношенные дети составили значительное количество – 87,5% (21 детей). Из них по срокам гестации распределены следующим образом: 5 детей (20,8%) родились на 30-33 неделе, 16 детей (66,6%) в сроки 33-36 недель. Путем самостоятельных родов родились 18 (75%), от оперативных родов 6 (25%) детей. Вес детей при рождении варьировал от 1140гр. до 2840гр. Возраст детей составил от 5-ти до 24-х суток. У большинства детей диагностирована задержка внутриутробного развития плода по гипотрофическому типу – 88% из поступивших младенцев. Анте- и перинатальное поражение плода и новорожденного, приведшее к хронической или острой гипоксии ребенка, выявлено в анамнезе у всех детей.

Все дети поступали в состоянии эксикоза, гиповолемии, метаболического или смешанного ацидоза, в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, в зависимости от начатой адекватной терапии в роддоме. В 74% случаев дети имели сопутствующую и конкурирующую патологию других органов и систем – кровоизлияние в желудочки головного мозга, внутриутробная пневмония, фетальный гепатит. У всех детей диагностирована моно- или микст-внутриутробная инфекция (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, токсоплазмоз, хламидиоз).

Дети госпитализировались в отделение реанимации, где проводилась интенсивная терапия, предоперационная подготовка и послеоперационное выхаживание. Параллельно проводимой интенсивной терапии (голод, зондовая декомпрессия ЖКТ, полное парентеральное питание, антибактериальная терапия, иммунотерапия) проводилось обследование ребенка: серии рентген снимков брюшной полости в динамике лечения, повторные УЗИ брюшной полости, нейросонография, компьютерная томография головного мозга, осмотры неонатолога, невролога. У 2-х детей (8,3%) после проведения консервативной терапии: исключение энтерального кормления, повторные очистительные клизмы, декомпрессия желудка, комбинированная антибактериальная терапия, деконтаминация кишечника, иммунотерапия, детоксикация – получен положительный результат, дети переведены в соматический стационар для дальнейшего выхаживания. В 22-х случаях дети поступили на III-IV стадиях НЭК по классификации WalshM.C.(1986). У 15-ти детей при выявлении на рентгенограммах брюшной полости пневмоперитонеума проводился лапароцентез и дренирование брюшной полости с целью декомпрессии на этапе предоперационной подготовки. В 7-ми случаях лапароцентез не выполнялся – рентгенологических признаков перфорации полого органа не было. Показаниями для проведения экстренного оперативного вмешательства явились следующие признаки абдоминальной катастрофы: отек и покраснение передней брюшной стенки, симптом фиксированной петли, пальпируемая опухоль в брюшной полости, кишечное кровотечение. Один ребенок поступил в крайне тяжелом состоянии с клиникой полиорганной недостаточности, что явилось причиной летального исхода до проведения оперативного вмешательства. Остальные 21 детей с НЭК подверглись оперативному лечению в различные сроки стационарного лечения. Сроки проведения операции составили от 8-ми часов до 3-х суток с момента поступления. Лапароскопия проводилась у 1-го ребенка, лапаротомия у 20-ти детей.

Результаты. После проведения лапаротомии, ревизии брюшной полости характер операции определялся в зависимости от уровня и протяженности повреждения кишечника. Выполнялась резекция некротизированного участка кишки. Операция завершалась либо ушиванием дефекта, формированием кишечного анастомоза или чаще стомированием кишечника. Санация и дренирование брюшной полости проводилась в обязательном порядке. Соответственно уровню поражения отделов кишечника наиболее часто выявлены некроз, перфорация подвздошной кишки – 10 случаев (47,6%), перфорация желудка и 12-перстной кишки в 4-х случаях (19%), 3 случая перфорации тощей (14,2%), толстой кишки в 2-х случаях (9,5%), множественные перфорации тощей и подвздошной кишки - 2 случая (9,5%). В случаях перфорации желудка и 12-перстной кишки проведено ушивание дефекта без резекции пораженного участка. В случае перфорации тощей кишки вследствие высокого расположения перфорации сформирован тонкокишечный анастомоз в 1-м случае, в 2-х случаях формировалась еюностома. В 1-м случае перфорации толстой кишки проводилась операция илеостомии с резекцией илеоцекального угла, в 1-м случае - двойная колостомия по Микуличу. При множественных очагах некроза подвздошной кишки выполняли резекцию наиболее обширного участка некротизированной кишки, множественные стомы. В 4-х случаях выявлена гангрена тощей и подвздошной кишки в стадии предперфорации. Прикрытые перфорации тонкого кишечника, воспалительные инфильтраты, состоящие из конгломерата петель кишечника, спаянные с передней брюшной стенкой, наблюдались в 3-х случаях. Релапаротомии по поводу различных осложнений потребовались в 6-ти случаях.

Закрытие сформированных илео- или колостом проводилось спустя 14-21 суток послеоперационного периода.

Обсуждение. Осложнениями в послеоперационном периоде явились несостоятельность тонкокишечного анастомоза 1 (4,7%), ранняя спаечная кишечная непроходимость 2 (9,5%), синдром полиорганной недостаточности 4 (19%), продолженный перитонит со «свежими» участками некроза, несущие перфорации 1 (4,7%). В 3-х случаях (14,2%) произошла генерализация внутриутробной инфекции, в дальнейшем развитие гепатита, геморрагического синдрома. Потребность в полном парентеральном питании и ИВЛ, быстрое восстановление пассажа по ЖКТ, соответственно наименьшее количество проведенных койко-дней наблюдалось в группе детей с перфорациями желудка и 12-перстной кишки. Обширные резекции подвздошной кишки и участка тощей кишки в 2-х случаях привели к обильным потерям по стоме, далее к необратимым метаболическим нарушениям, что явилось причиной летального исхода. Все случаи инфильтративно-спаечной формы НЭК с подострым течением заболевания закончились летальным исходом (4). Тяжелые метаболические нарушения, длительное восстановление после операции наблюдались в группе детей, которым в предоперационном периоде не проводился лапароцентез.

Летальность составила 41,6%. Послеоперационная летальность 42,8%. Высокая смертность наблюдалась в группе недоношенных детей с сопутствующей патологией других органов.

Выводы.

1. Возросло число пациентов с НЭК с очень низкой массой тела. Тяжелые фоновые заболевания усугубляют тяжесть состояния в периоперационном периоде выхаживания.
2. Обязательно проведение лапароцентеза с дренированием брюшной полости в предоперационном периоде. Борьба с синдромом внутрибрюшного давления позволяет провести полноценную предоперационную подготовку ребенка, что положительно отражается на результатах лечения.
3. Лечение НЭК с перфорациями верхних отделов ЖКТ (желудка, 12-перстной кишки) имеет хороший результат. Вероятно, это связано с отчетливым проявлением клиники перитонита, абдоминального шока, что приводит к ранней его диагностике и соответственно раннему оперативному лечению.
4. Раннее начало лечения неонатологами в педиатрической стадии НЭК приводит к нарушению стадийности заболевания, к искажению картины внутрибрюшной катастрофы, особенно при инфильтративно-спаечных формах некротического энтероколита с подострым течением заболевания. Прикрытые перфорации кишечника создают ложную картину педиатрической стадии подозреваемого НЭК. Оперативное лечение откладывается, что приводит к распространению процесса и неблагоприятному исходу.
5. Некротические изменения в начальных отделах тощей кишки вынуждают хирурга формировать кишечный анастомоз на фоне имеющегося перитонита, либо формировать высокие еюностомы. Вопрос о хирургической тактике при данной ситуации остается открытым. Формирование магнитно-компрессионных анастомозов в послеоперационном периоде решило бы проблему раннего закрытия еюностом.
6. Неблагоприятный соматический фон ребенка, сопутствующие заболевания, незрелость органов и систем недоношенного новорожденного отрицательно влияют на результат лечения.

Список литературы:

1. Ильясов, М.Т. Лечение некротического энтероколита новорожденных / М.Т. Ильясов // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2012. - №4(36). – С. 42-43.
2. Подкаменев, В.В. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных: монография / В.В. Подкаменев, Е.Г. Григорьев. – Иркутск, 2010. – 244 с.
3. Анализ результатов лечения некротического энтероколита у новорожденных / Б.Н. Бисалиев, Б.К. Дженалаев, С.П. Досмагамбетов и др. // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2016. - №1(49). – С. 50-52.
4. Алтынбаева, Г.Б. Возможности ранней неинвазивной диагностики некротического энтероколита у недоношенных детей / Г.Б. Алтынбаева, Н.С. Божбанбаева, И.М. Адильбекова // Педиатрия және бала хирургиясы. – 2017. - №1(87). – С. 15-20.
5. Некротизирующий энтероколит у новорожденных. Новые взгляды и тенденции / Ю.А. Козлов [и др.] // Детская хирургия. – 2016. – 20(4). – С. 188-193.
6. Некротический энтероколит в свете изменения критериев живорожденности / А.Ю. Разумовский [и др.] // Вопросы практической педиатрии. – 2014. – 9(3). – С. 56-59.
7. Макарова, М.А. Некротический энтероколит: рентгенологические, ультразвуковые и лабораторные методы исследования, лапароцентез и лапароскопия / М.А. Макарова, О.В. Лятуринская, О.В. Спахи // Запорожский медицинский журнал. – 2015. - №1(88). – С. 111-116.
8. Язвенно-некротический энтероколит новорожденных: тактика ведения, результаты лечения, проблемы и способы их решения / П.С. Русак [и др.] // Хирургия Восточная Европа. – 2016. - №3(19). – С.318-326.
9. Тусупкалиев, Б.Т. Перинатальная смертность в Актюбинской области в зависимости от массы тела при рождении / Б.Т. Тусупкалиев, Г. Абубакир, Д. Сотникова // Научная дискуссия: Вопросы медицины. – 2014. - №11(24). – С.36-40.

10. Nino, D.F. Necrotizing enterocolitis: new insights into pathogenesis and mechanisms / D.F. Nino, C.P. Sodhi, D.J. Hackam // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2016. – №13(10). – P. 590-600.

11. Muller, M.J. Necrotizing enterocolitis in premature infants and newborns / M.J. Muller, T. Paul, S. Seeliger // J. Neonatal Perinatal Med. – 2016. – №9(3). – P. 233-242.

ТҮЙІН

Б.Н. БИСАЛИЕВ[1], А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ[1],
С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ[1], Р.А. КЕНЖАЛИНА[1],
Ж.Т. БАУБЕКОВ[1], М.Т. ИЛЬЯСОВ[2]

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ НЕКРОТИКАЛЫҚ ЭНТЕРОКОЛИТТІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

[1]Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан
[2]Ақтөбе медициналық орталығы,
Ақтөбе, Қазақстан

Некротикалық энтероколитті (НЭК) емдеу мәселесі қазіргі таңда жаңа туған нәрестелер хирургиясында үлкен талқылау үстінде. Ақтөбе медицина орталығында 2015-2017 ж.ж. аралығында НЭК емделген 24 нәрестенің емдеу нәтижелері сарапталды. Консервативті емінен кейін 2 балада оңтайлы нәтижеге жеттік. 22 бала НЭК-тің III-IV сатысында түсті. Операция алды кезеңде 15 балаға лапароцентез және іш қуысын дренаждау жасалды. 7 жағдайда лапароцентез жасалмады. Стационарда қалған НЭК-пен ауырған 21 балаға ота жасалды. Лапароскопия әдісімен 1 балаға, лапаротомия 20 нәрестеге жасалды. Өлімшілік 41,6% құрады. Операциядан кейінгі өлімшілік 42,8%. Жоғары өлімшілік басқа мүшелеріндегі қосымша аурулары бар шала туған нәрестелер тобында анықталды. Соңғы уақытта дене салмағы өте төмен НЭК-пен ауыратын нәрестелер саны көбеюде. Операция алдында лапароцентез жасап, іш қуысын дренаждау операциядан соң өзінің оң әсерін тигізеді. НЭК-ті педиатриялық сатысында неонатологтармен ерте емдеп бастағаны аурудың сатылығын бұзады да, іш қуысы апатының көрінісін өзгертіп көрсетеді. Бұл әсіресе некротикалық энтероколиттің жеделдеу ағымы бар инфильтративті-жабысқақ түрлерінде көп кездеседі. Сөйтіп уақытында жасалмаған ота патологиялық процестің әрі қарай таралуына және қолайсыз нәтижеге әкеп соқтырады. Ащы ішектің жоғары бөлігіндегі некротикалық өзгерістер оташыны жоғарғы стома салуына мәжбүрлейді. Операциядан кейінгі кезеңде магнитті-компрессионды анастомоз жасау еюностомаларды ерте жабу мәселесін шешуіне көмегін тигізер еді.

Жасалған емдеу нәтижелерінің сараптамасы көптеген ғылыми жұмыстардың нәтижелеріне сәйкес келеді де некротикалық энтероколиттің диагностикасында және клиникасында соңғы жылдары болып жатқан өзгерістерді айқын көрсетеді.

Негізгі сөздер: *жаңа туған нәрестелер, некротикалық энтероколит, лапароцентез, емдеу.*

SUMMARY

B.N. BISALIYEV[1], A.B. TUSSUPKALIYEV[1],
S.P. DOSMAGAMBETOV[1], Z.T. BAUBEKOV[1],
R.A. KENZHALINA[1], M.T. ILYASOV[2]

EXPERIENCE OF TREATMENT OF NECROTISING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

[1]West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan
[2] Aktobe medical center,
Aktobe, Kazakhstan

In modern neonatal surgery, the treatment of necrotizing enterocolitis (NEC) in infants remains the subject of lively discussion. The results of treatment of 24 newborns with NEC, who were in the Aktobe medical center in the period 2015-2017. A positive result was obtained in 2 children after conservative therapy. In 22 cases, children entered the III-IV stages of NEC. 15 children underwent laparocentesis and drainage of the abdominal cavity at the stage of preoperative preparation. In 7 cases laparocentesis was not performed. 21 children with NEC underwent surgical treatment in different periods of inpatient treatment. Laparoscopy was performed in 1 child, laparotomy in 20 children. Mortality rate was 41.6%. Postoperative lethality 42,8%. High mortality was observed in a group of premature babies with concomitant pathology of other organs. The number of patients with NEC with a very low body weight has increased. Mandatory laparocentesis with drainage of the abdominal cavity in the preoperative period positively affects the results of treatment. The early initiation of treatment by neonatologists in the pediatric stage of NEC leads to a disruption in the staging of the disease, to a distortion of the pattern of intra-abdominal catastrophe, especially when infiltrative-adhesive forms of necrotic enterocolitis with a subacute course of the disease. Deferred surgical treatment leads to the spread of the process and an unfavorable outcome. Necrotic changes in the primary parts of the jejunum compel the surgeon to form high stoms. The formation of magneto-compression anastomoses in the postoperative period would help in solving the problem of early closure with anjejunostoms.

The analysis of the results of treatment corresponds to the results of a large number of scientific works and shows the changes that have occurred in recent years in the clinic and the diagnosis of necrotizing enterocolitis.

Keywords: *newborns, necrotizing enterocolitis, laparocentesis, treatment.*

УДК 616.37-007.41-053.2

Н.В. ВИНОКУРОВА, Н.А. ЦАП

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКТОПИРОВАННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Екатеринбург, Россия

Аннотация. Дана оценка клиническим проявлениям эктопированной поджелудочной железы в стенку желудка в детском возрасте. Представлены результаты эндоскопического, морфологического обследования и лечения 102-х детей с эктопией поджелудочной железы в стенку желудка. Разработаны и внедрены в клиническую практику эндоскопические признаки эктопированной поджелудочной железы и предложена рабочая классификация её макроскопических типов. Морфофункциональное исследование удаленной железы позволило установить 5 вариантов гистологического строения, а также выявлены грубые изменения слизистой оболочки желудка в зоне эктопированной ткани, что позволило сделать выводы о необратимости процесса и о необходимости проведения оперативного вмешательства с целью удаления патологического образования.

***Ключевые слова*:** *эктопия поджелудочной железы, эндоскопическая диагностика, морфофункциональная*

Актуальность. Эктопия поджелудочной железы (ЭПЖ) является редким пороком развития, при котором имеется образование, представленное панкреатической тканью и не имеющее ни сосудистого, ни анатомического сообщения с основной поджелудочной железой. Сведения об истинной частоте аномального расположения участка панкреатической ткани противоречивы. По данным аутопсий, ЭПЖ встречается в 0,3-13% случаев [1,2]. У детей данная патология упоминается в единичных публикациях и составляет 2% от общего числа. Клиническая манифестация ЭПЖ в стенку желудка чаще у девочек в возрасте от 12 до 16 лет [3].

Диагностика ЭПЖ очень трудна, так как нет специфических клинических и лабораторных изменений. Отсутствие патогномоничных клинических симптомов, «гастроэнтерологические маски» порока приводят к тому, что детей с ЭПЖ в течение длительного времени наблюдают и безуспешно лечат по поводу иных заболеваний желудочно-кишечного тракта [3]. Развитие осложнений, отсутствие эффекта от проводимой терапии, подозрение на наличие раковой опухоли является основанием для комплексного клинического обследования [2,4].

Цель исследования. Совершенствование диагностики и выбор оперативной тактики на основе эндоскопических и морфологических характеристик эктопии поджелудочной железы в стенку желудка у детей.

Материалы и методы. В нашей клинике за последние 7 лет находились на обследовании и лечении 102 ребенка с эктопией поджелудочной железы в стенку желудка (ЭПЖСЖ). Основу клинического материала представляет возрастная группа от 9-ти до 16-ти лет, которая составила 86,1% от общего числа пролеченных больных, соотношение мальчики: девочки = 1 : 1,9.

Всем детям проводились общепринятые клинические исследования по стандартным, общеустановленным методикам с целью возможного выявления специфических изменений показателей и подготовки к оперативному лечению. Проведен анализ лабораторных и инструментальных показателей. При данном заболевании не существует специфических симптомов, характеризующих наличие ЭПЖ. Стандартные лабораторные исследования, такие как ОАК, ОАМ, биохимия крови, анализы кала, а также дополнительные (сахарная кривая, кислотность желудка) не выявляют патологических нарушений гомеостаза. Проведенное ультразвуковое исследование органов брюшной полости также не выявляло отклонений от нормы. Трудность диагностики ЭПЖСЖ связана, с одной стороны, с отсутствием характерных жалоб и патогномоничных клинических симптомов данного заболевания, а с другой стороны, существованием многообразной и часто встречаемой в педиатрической практике патологией желудка и двенадцатиперстной кишки, которая протекает с той же симптоматикой и скрывает под своей маской клинику ЭПЖСЖ. В большинстве случаев у 82-х детей (80%) был диагностирован хронический гастрит и гастродуоденит, а в 3% случаев дети получали лечение по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. У 11% пациентов выявлен дуоденогастральный рефлюкс, и в 2% - гастроэзофагеальный рефлюкс.

Выявление начальных симптомов ЭПЖСЖ представляет определенные трудности в связи с неспецифическими проявлениями заболевания. Для оценки клинической картины ЭПЖСЖ исследованы следующие особенности течения заболевания: характер, интенсивность абдоминального болевого синдрома, локализация болей, наличие различных диспептических расстройств, характер сопутствующей патологии, усугубляющей течение ЭПЖСЖ или доминирующей над ней. Боли в животе - наиболее характерная жалоба у детей с ЭПЖСЖ, которую предъявляли 105 пациентов (98,1%), и только 2 детей отметили отсутствие абдоминальных болей. Этим детям эндоскопическое исследование было проведено в связи с жалобами на изжогу и отрыжку. Характер

болей был различен, преобладание периодических, колющих болей в эпигастральной области отмечено у 56% пациентов. Однако у 16% детей отмечались и постоянные боли достаточной продолжительности и интенсивности. Болевой синдром с одинаковой частотой встречался как после приёма пищи, так и были отмечены «голодные» боли. В 20% случаев болевой симптом связан с приемом «кислой» пищи. В ряде случае болевой синдром сопровождался диспепсическими расстройствами пищеварения: изжога и тошнота беспокоили 36 (33,6%) и 33 (30,8%) ребенка, соответственно. Наблюдалась периодическая рвота желудочным содержимым на фоне болевого синдрома у 14 детей (13,2%), на отрыжку жаловались 10 детей (9,3 %).

Анализ жалоб и клинических симптомов у детей с ЭПЖСЖ показывает, что в подавляющем большинстве случаев клиническая картина обусловлена развитием воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка и ДПК, которые скрывают эктопированную панкреатическую ткань в стенке желудка. Однако при наличии последней клиническая симптоматика отличается упорством, длительностью, а также неэффективностью консервативных методов лечения, что должно послужить показанием для проведения детального эндоскопического обследования.

Результаты. Ведущее место в дооперационной диагностике ЭПЖСЖ занимает фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), которая предоставляет клиницисту максимальную визуальную информацию о полиповидных образованиях. При эндоскопическом исследовании ЭПЖ локализовалась у всех детей в антральном отделе желудка по большой кривизне. Расстояние до привратника было различным – от 1 до 7 см. Более частая локализация ЭПЖСЖ на расстоянии 2 – 3 см от привратника отмечена у 63,8% пациентов.

При определении размеров образования выявлена их вариабельность – от 0,7-0,8 см до 4 см в диаметре. Но в подавляющем большинстве (87,3% - 89 детей) размеры ЭПЖ составили 7 - 10 мм.

На основании эндоскопической картины мы выделили три типа макроскопического строения ЭПЖСЖ (рис. 1).

I тип – полиповидный (71,1%). Визуализируется возвышающееся округлой формы образование на широком основании. Подтип Iа – покрыто слизистой оболочкой желудка, подтип Iв – с незначительным углублением на вершине образования. II тип – устьевидный (18,6%). Образование округлой формы на широком основании возвышается над слизистой желудка. Подтип IIа – с узким 0,1-0,2 мм устьем протока на вершине, подтип IIв – с широким устьем - 0,3-0,5мм. III тип – кратерообразный (10,3%). Характеризуется наличием образования овальной формы в виде кольцевидной или полулунной складки слизистой оболочки желудка с кратерообразным углублением в центре.

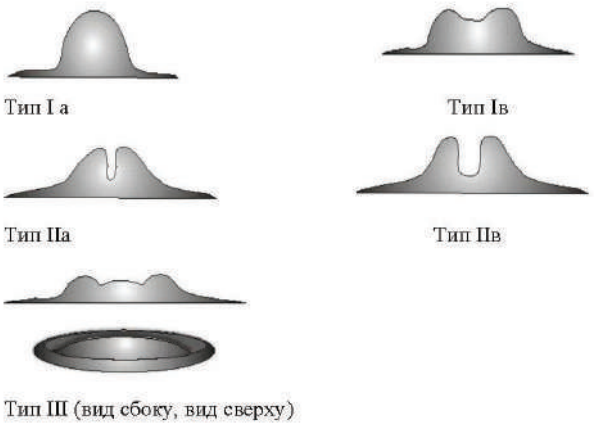


Рис.1. Типы макроскопического строения ЭПЖСЖ

На ФГДС выявляются макроскопические признаки ЭПЖСЖ, которые позволяют установить с высокой степенью достоверности дооперационный диагноз: 1) ЭПЖ локализуется в антральном отделе желудка по большой кривизне, 2) в отличие от полипа ЭПЖ не имеет ножки, располагается непосредственно в стенке желудка, 3) наличие очагового гастрита в зоне локализации эктопированной панкреатической ткани; 4) наличие в центре образования точечного или воронкообразного втяжения.

При обнаружении опухолевидного образования у 50% детей проведена биопсия слизистой желудка с последующей гистологической верификацией диагноза. Ни в одном случае проведенное гистологическое исследование не подтвердило наличие ЭПЖ в стенке желудка. Наиболее часто у 66% детей описана картина хронического антрум-гастрита. У 34% детей в заключении указывалось на наличие полипа: аденоматозный у 1/3 пациентов, железистый у 2/3 детей.

Выполнено морфологическое исследование всего операционного материала, что позволило установить особенности и эктопированной ткани и прилежащей слизистой оболочки желудка. ЭПЖ располагалась в различных слоях желудка, иногда она захватывала от одного до трех слоев стенки желудка. Наиболее часто (89,1%) ЭПЖ располагалась в подслизистом и мышечном слоях желудка, при этом, в слизистом слое структуры добавочной поджелудочной железы обнаружено не было. Только в слизистой оболочке желудка (в собственной пластинке) ЭПЖ была обнаружена у 4-х детей – 3,7%. Поэтому по гастробиоптатам не всегда удается предположить наличие абберантной поджелудочной железы.

У всех детей морфологические изменения слизистой желудка в проекции ЭПЖ характеризовались картиной хронического антрум-гастрита с различной степенью выраженности воспаления, активности и атрофического процесса. Наличие ЭПЖСЖ у ребенка сопровождается в 96,4% случаях тяжелой и умеренной степенью выраженности антрум-гастрита. Тяжесть

воспаления характеризовалась выраженностью диффузной лимфоплазмоцитарной инфильтрации собственной пластинки слизистой и образованием множественных лимфоидных фолликулов крупных размеров с реактивными центрами размножения. Превалировали дети с умеренной и выраженной активностью воспаления-92,5% случаев. Активный хронический гастрит характеризуется инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами эпителия и собственной пластинки на фоне свойственной хроническому гастриту инфильтрацией плазматическими клетками и лимфоцитами.

В большинстве случае (85,8% детей) в слизистой оболочке желудка на фоне хронического гастрита развивается умеренная атрофия. На фоне выраженного воспаления и высокой активности были обнаружены острые язвы слизистой желудка у 4,7% детей в проекции эктопированной поджелудочной железы. Важной находкой морфологического исследования является обнаружение перерождения желудочного эпителия. В проекции ЭПЖ у 21,5% детей в слизистой оболочке желудка выявлена кишечная метаплазия первого типа, с наличием бокаловидных клеток, которые перемежаются каемчатыми энтероцитами, не секретирующими слизь. Также выявлена очаговая фовеалярная гиперплазия покровно-ямочного эпителия у 14,9% детей, а формирование гиперплазиогенного (аденоматозного) полипа в слизистой желудка над ЭПЖ обнаружено у 5,6 детей. Причем в 4% случаев, на фоне фовеалярной гиперплазии покровно-ямочного эпителия определяются участки кишечной метаплазии.

Морфофункциональное исследование ЭПЖСЖ позволило установить 5 вариантов гистологического строения ЭПЖ:

1 вариант (28%) – экзокринная часть и протоковый компонент без панкреатических островков;

2 вариант (28%) – нормальные и незрелые структурные компоненты, которые соответствуют эмбриональной ткани;

3 вариант (22,5%) – наличие всех структурных компонентов, соответствующих нормальной гистологической структуре поджелудочной железы (экзокринный, протоковый компонент и панкреатические островки)

3.1. нормальная гистологическая структура ЭПЖ – 8,4%

3.2. различные варианты сочетания строения и расположения компонентов эктопированной поджелудочной железы – 14,1%;

4 вариант (13,1%) –только экзокринной части ткани поджелудочной железы;

5 вариант (8,4%) –только протоковый компонент поджелудочной железы.

По своему строению ЭПЖСЖ, как правило, не имеет нормальной гистоструктуры и представлена различными вариантами, при которых наряду со всеми структурными компонентами поджелудочной железы присутствовала и эмбрионально незрелая ткань или в ткани ЭПЖ имелся дефицит различных структурных элементов.

Обсуждение полученных данных. ЭПЖСЖ является редко диагностируемой патологией желудочно-кишечного тракта, особенно в детском возрасте. По нашим данным, дети длительно, до 10-ти лет, наблюдаются и получают неадекватное лечение у педиатров, гастроэнтерологов. Возникла настоятельная необходимость расширения уровня знаний врачей о ЭПЖСЖ, в частности о диагностическом этапе, необходимость превентивного проведения ранней ФГДС всем детям с жалобами не только на боли в области живота, но и на диспепсические расстройства, то есть при торпидном течении гастрита и гастродуоденита. При проведении эндоскопического исследования необходимо уделять особое внимание на большую кривизну желудка, учитывая типичную локализацию ЭПЖ. Длительное, малоэффективное лечение, рецидивирующее течение гастрита и гастродуоденита, выявление при ФГДС полиповидных образований, тем более локализованных в антральном отделе желудка по большой кривизне, являются абсолютным показанием для направления ребенка на осмотр к детскому хирургу, проведения эндовизуализации ранее выявленных изменений детским эндоскопистом с видеоархивированием. Подтверждение наличия ЭПЖСЖ диктует необходимость выполнения малоинвазивного радикального удаления патологической панкреатической ткани, что в ряде сложных случаев может сопровождаться эндоскопической поддержкой.

Выводы.

Эктопия поджелудочной железы в стенку желудка является редкой аномалией в детском возрасте, протекает под маской воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Ведущее место в дооперационной диагностике ЭПЖ в стенку желудка занимает ФГДС, которая предоставляет клиницисту максимальную визуальную информацию о полиповидных образованиях. Функциональная активность ЭПЖСЖ приводит к выраженным воспалительным изменениям в стенке желудка.

Эндоскопическая биопсия в зоне ЭПЖСЖ обеспечивает взятие только поверхностных слоев, а именно слизистой оболочки желудка над опухолевидным образованием, что не позволяет установить достоверный диагноз.

Эндоскопическая картина трех типов макроскопического строения ЭПЖСЖ и пять вариантов гистологического строения аномальной ткани поджелудочной железы лежат в основе современной диагностики редкого порока развития.

Проведенная корреляция эндоскопических данных и морфофункционального состояния выявленного новообразования позволила обосновать противопоказания к органоуносящему оперативному вмешательству при ЭПЖСЖ. Учитывая локальность

поражения, доброкачественность процесса, принцип оперативного вмешательства основан на максимальной органосохранности с радикальным удалением ЭПЖ как врожденного аномального очага ткани поджелудочной железы.

Список литературы:

1. Хористомы желудка у детей / Е.Н. Шумова [и др.] // Детская хирургия. – 2004. - № 3. – С. 16-19.
2. Uday, A. Heterotopic Pancreas in the Stomach / A. Uday, A. Gokhale, A. Nanda // A Case Report and a Brief Review of the Literature. – 2010. – 11(3). - С. 255-257.
3. Особенности диагностики и определение лечебной тактики при эктопии поджелудочной железы у детей / Н.В.Винокурова [и др.] // Детская хирургия. – 2008. - №2 – С. 32-35.
4. Диагностика и лечение эктопированной поджелудочной железы у детей / Г.Н. Румянцева [и др.] // Детская хирургия. – 2004. - №3. – С. 36-34.

ТҮЙІН

Н.В. ВИНОКУРОВА, Н.А. ЦАП

БАЛАЛАР АСҚАЗАНЫНЫҢ ҚАБЫРҒАСЫНА ЭКТОПИРЛЕНГЕН ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Ресей Федерациясы денсаулық сақтау министрлігінің Орал мемлекеттік медицина университеті ЖБ ФМББББМ, Екатеринбург, Ресей

Баланың асқазан қабырғасына эктопирленген ұйқы безінің клиникалық көрінісіне баға берілді. Асқазан қабырғасына ұйқы безінің эктопиясымен 102 баланың эндоскопиялық, морфологиялық тексерілуі мен емінің нәтижелері ұсынылды. Эктопирленген ұйқы безінің эндоскопиялық белгілері жасалып, клиникалық практикаға енгізілді және оның макроскопиялық типтерінің еңбек классификациясы ұсынылды. Алынып тасталған бездің морфофункционалды зерттеуі гистологиялық қатар түзудің 5 нұсқасын анықтауға мүмкіндік берді, сонымен қатар процестің қайтымсыздығы және патологиялық білімді жою мақсатында оперативті араласу жүргізу қажеттігі жөнінде тұжырым жасауға мүмкіндік берген эктопирленген тіндер аймағында асқазанның шырышты қабатының тұрпайы өзгерістері анықталды.

***Негізгі сөздер*:** ұйқы безінің эктопиясы, *эндоскопиялық диагностика, морфофункционалды сипаттама, балалар.*

SUMMARY

N.V. VINOKUROVA, N.A. TSAP

CLINICAL-ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF ATROPIC PANCREAS TO VENTRICLE PARIES IN CHILDREN

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

An assessment is given to clinical manifestations of atropic pancreas to ventricle paries at children's age. Results of endoscopic, morphological inspection and treatment of 102 children from an atropic pancreas to ventricle paries are presented. Endoscopic signs of an atropic pancreas are developed and introduced in clinical practice and working classification of her macroscopic types is offered. The Morphofunctional research of remote gland has allowed to establish 5 options of a histologic structure and also rough changes of a mucous membrane of a ventricle in a zone of atropic tissue are revealed that has allowed to draw conclusions on irreversibility of process and on need of performing surgery for the purpose of removal of paraplasm.

Key words: *atropic pancreas, endoscopic examination, morphofunctional characteristic, children.*

УДК 616.367-002.191-053.2

Д.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, Д.А. МУСТАФИНОВ, О.А. МАМЛИН

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

Корпоративный фонд "University Medical Center"
Национальный Научный Центр материнства и детства
Астана, Казахстан

Аннотация. Одним из наиболее актуальных и сложных вопросов детской хирургии является хирургическая коррекция пороков развития желчевыводящих путей, а именно кистозные образования общего желчного протока. Представлены результаты лечения 52-х пациентов с кистозной трансформацией желчных протоков. Проведенный сравнительный анализ с традиционными методами показал значительные преимущества использования методов эндовидеохирургии в лечении кист общего желчного протока у детей

Ключевые слова: *эндовидеохирургическая коррекция, желчный проток.*

Введение. Хирургическая коррекция пороков развития желчевыводящих путей является одним из наиболее актуальных и сложных вопросов детской хирургии [1, 2, 3].

В связи с совершенствованием ранее известных и внедрением новых методов диагностики, кистозные трансформации желчевыводящих путей стали выявлять гораздо чаще, чем в недавнем прошлом. Одной из причин раннего поступления детей в стационар является онкологическая настороженность врачей поликлинического звена, проявляющаяся в отношении объемных образований любой локализации, в частности, гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Еще сравнительно недавно хирургическое лечение кист общего желчного протока у детей включало оперативное вмешательство из верхнесрединного или подреберного лапаротомного доступа с массивной травмой передней брюшной стенки, повреждением нервов, высоким риском развития осложнений в послеоперационном периоде [4, 5].

С развитием эндовидеохирургии стало возможным выполнение сложных реконструктивных вмешательств на желчевыводящих путях с использованием методов лапароскопической хирургии. В настоящее время лапароскопия не только конкурирует с традиционными хирургическими вмешательствами, но и превосходит их по ряду параметров, нередко становясь методом выбора в лечении кист общего желчного протока у детей [6, 7, 8].

Материалы и методы. Целью данной работы является сравнительная оценка результатов лечения пациентов с врожденными кистами общего желчного протока, оперированных «открытым» и эндовидеохирургическим способами.

С 2008 года в отделении детской хирургии Национального Научного центра материнства и детства находилось на лечении 52 пациента с врожденными кистами общего желчного протока. Возраст пациентов колебался от шести месяцев до 13 лет. У 46-ти пациентов (88%) отмечались жалобы на боли в области правого подреберья, у 11-ти (21%) — явления транзиторной желтухи. У 4-х пациентов (7,6%) клинические симптомы отсутствовали. Для уточнения диагноза всем детям проводили ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию в режиме холангиографии.

В лечении 22-х пациентов нами были использованы методы эндовидеохирургии (основная группа). Этим пациентам производили лапароскопическое иссечение кистозно-измененных желчных ходов с формированием гепатикоэнтероанастомоза по Ру. В первых пяти случаях выполняли лапароскопически ассистированную операцию, при которой один из этапов (формирование межкишечного анастомоза по Ру) выполняли экстракорпорально, через дугообразно расширенный разрез в пупке. В остальных 17-ти случаях все этапы операции были выполнены полностью лапароскопическим способом. Кистозно-измененный общий печеночный проток пересекали максимально близко (0,5 см) к месту слияния правого и левого печеночного протоков.

Техника оперативного вмешательства. Для обеспечения лапароскопического доступа использовали 5 троакаров. У детей в возрасте до трех лет использовали троакары 3,5 мм для инструментов и троакар 5 мм для телескопа, у детей старше 3-х лет с кистозными мальформациями — 5-миллиметровые инструменты. Создавали карбоксиперитонеум 10-12 мм рт.ст. При лапароскопических операциях на желчных путях полностью соблюдали принципы аналогичных операций, выполняемых из лапаротомного доступа. На первом этапе операции лапароскопически иссекали все кистозно-измененные наружные желчевыводящие пути (рис.1). Общий желчный проток пересекали максимально близко к двенадцатиперстной кишке и культю ушивали узловым швом (PDS-2 — 4/0). Кистозно-измененный общий печеночный проток пересекали максимально близко к месту слияния правого и левого печеночного протоков (рис.2). Первый этап лапароскопической операции заканчивали визуализацией первой петли тощей кишки.

Как уже было указано, второй этап отличался в зависимости от накопления опыта выполнения операций. В первых пяти случаях данный этап операции выполняли экстракорпорально. Для этого отверстие троакара, установленного в пупке, расширяли дугообразно до 2—3 см. В рану выводили предварительно локализованную первую петлю тощей кишки. Затем формировали межкишечный U-образный анастомоз по Ру. Длина сформированной петли - около 40 см. Сформированную петлю Ру и петли кишечника погружали в брюшную полость. Минилапаротомный разрез ушивали, герметизируя брюшную полость. Экстракорпоральный этап операции заканчивали установкой в брюшную полость троакара для телескопа. В остальных случаях данный этап операции был выполнен полностью лапароскопическим способом (рис. 3).

Третий этап операции — формирование гепатокоеюноанастомоза проводили лапароскопически (рис. 4). В брыжейке поперечной ободочной кишки формировали окно, через которое петлю Ру проводили в подпеченочное пространство. Кистозно-измененный общий печеночный проток пересекали максимально близко (0,5 см) к месту слияния правого и левого печеночного протоков. Между культей печеночного протока и петлей кишки накладывали анастомоз по типу «конец в бок». При создании анастомоза использовали узловые швы, которые завязывали экстракорпорально - PDS-2-5/0. Окно в брыжейке толстой кишки ушивали. Операция заканчивалась подведением к зоне гепатикоеюноанастомоза дренажной трубки.

У остальных 30-ти пациентов (контрольная группа) нами была проведена аналогичная «открытая» операция.

В послеоперационном периоде всем детям оказывалась стандартная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. В течение 3-х суток всем детям было назначено парентеральное питание, проведена обезболивающая терапия.

Результаты. Интра- и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось.

Для проведения сравнительной оценки постагрессивной реакции организма на лапароскопическую и

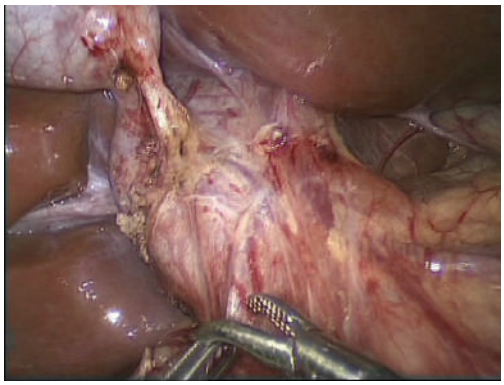


Рис.1. Мобилизация кисты общего

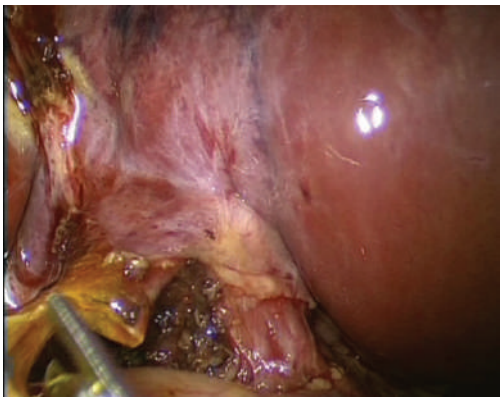


Рис. 2. Пересечение общего желчного протока печеночного протока

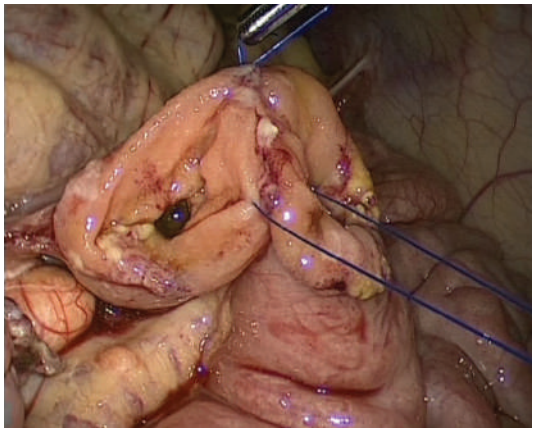


Рис.3. Формирование кишечного анастомоза

Рис.4. Создание гепатикоеюноанастомоза

традиционные виды операций нами было изучено:

- изменение динамики «стрессовых гормонов» (кортизол, пролактин) в ответ на операционную травму;

- изменение вариабельности сердечного ритма (ИН - индекс напряжения) в ответ на операционную травму;

- динамика двигательной активности и болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Результаты исследования динамики стрессовых гормонов представлены в таблицах 1, 2.

Как показали результаты исследования, перед операцией средние показатели «стрессовых гормонов» пребывали в пределах нормальных значений, не имея достоверных различий между собой. Интраоперационные показатели «стрессовых» гормонов в обеих группах существенно превышали средние величины нормальных показателей. При этом более высокая степень эндокринного ответа была отмечена нами в группе пациентов, которым проводилась традиционная операция. Это, по всей вероятности, связано с более травматичным доступом к объекту операции (широкий лапаротомный разрез, пересечение большого массива мышечной ткани). Послеоперационные показатели в обеих группах были ниже интраоперационных значений, но более выраженное снижение было выражено в группе пациентов, которым проводилась лапароскопическая операция.

Результаты уровня индекса напряжения (ИН) в анализируемых группах представлены в таблице 3.

Из приведенных в таблице данных следует, что:

- перед операцией уровень индекса напряжения в обеих подгруппах находился в пределах нормы без достоверно значимых различий между подгруппами;

- при равных стартовых условиях интраоперационный уровень ИН был несколько выше у пациентов, которым выполнялись традиционные оперативные вмешательства;

- непосредственно после операции уровень ИН в контрольной группе оставался высоким, в то время как в основной группе отмечалось достоверное снижение ИН;

- через сутки после операции в обеих группах отмечалось снижение показателей ИН, более выраженное в группе пациентов, подвергнувшихся лапароскопическим оперативным вмешательствам.

Анализируя динамику двигательной активности пациентов в послеоперационном периоде, можно отметить, что после лапароскопической операции у 10% больных болевой синдром купируется к концу первых суток с момента операции, у 40% больных – к 36 часам послеоперационного периода, у 90% больных – к концу 2-х суток от момента операции, а к концу 3-х суток болевой сидром купировался у 100% пациентов,перенесших лапароскопическую операцию.

Несколько иная картина наблюдалась у пациентов, перенесших традиционную операцию. После «открытой» операции болевой синдром сохранялся в течение 36-ти часов у всех пациентов, к концу 2-х суток он купировался только у 20% пациентов, через 72 часа после операции – у 60%, а полное отсутствие болевого синдрома в контрольной группе мы отмечали лишь к концу 4-х суток - началу 5-х суток.

Таблица 1 - Уровень кортизола у пациентов, оперированных по поводу кисты холедоха (норма 140-600 нмоль/л, n – количество проведенных исследований)

	До операции	Во время операции	После операции
Основная группа (n=22)	331,4 ± 77,96	686,8 ± 67,91	419,7 ± 67,84
Контрольная группа (n=30)	335,2 ± 78,86	648,5 ± 69,31	514,6 ± 57,01

Таблица 2 - Уровень пролактина у пациентов, оперированных по поводу кисты холедоха (норма 57-600 мМе/мл, n – количество проведенных исследований)

	До операции	Во время операции	После операции
Основная группа (n=22)	253,4 ± 63,19	2554 ± 639,7	413,6 ± 119,7
Контрольная группа (n=30)	262,4 ± 78,16	2498 ± 711,3	997 ± 299,5

Таблица 3 - Динамика индекса напряжения (ИН) при различных методах оперативной коррекции кисты холедоха (n – количество проведенных исследований)

Методы операции	До операции	Во время операции	Через 10 минут после операции	Через 24 часа после операции
Лапароскопическая оперпация (n=22)	104,9 ± 14,57	172,9 ± 19,76	154,7 ± 15,66	127,0 ± 17,11
Традиционная операция (n=30)	107,9 ± 3,55	194,5 ± 16,86	198,6 ± 21,16	153,0 ± 17,03
P	0.289**	0,000*	0.000*	0.000*
*Примечание: *- P<0,05; * *- P > 0,05, но в данном случае справедлива нулевая гипотеза, и изучаемые показатели достоверны*				

Такая же динамика отмечалась и при анализе двигательной активности больных в сравниваемых группах в послеоперационном периоде.

Анализ показал, что более половины пациентов основной группы начинают ходить к концу 2-х суток, а через 72 часа после операции самостоятельно ходили 100% пациентов. У пациентов группы сравнения двигательная активность была более замедленной, они труднее активизировались, с «неохотой» начинали ходить только к началу 4-х суток после операции.

Обсуждение. Анализ сравнительной оценки постагрессивной реакции организма на лапароскопическую и традиционные виды операций показал, что лапароскопические операции являются менее инвазивным, менее травматичным оперативным вмешательством, которому свойственно более благоприятное течение послеоперационного периода.

Меньшая травматичность уменьшает применение анальгетиков. Так, при эндоскопическом лечении кисты общего желчного протока наркотические анальгетики применялись лишь в течение 12-18 часов послеоперационного периода, а в дальнейшем применяли ненаркотические анальгетики в течение 1,5-2 суток, при традиционных методах оперативного лечения применялись наркотические анальгетики (промедол) в течение полутора - двух послеоперационного периода.

Выводы. Выполнение лапароскопических вмешательств при хирургической коррекции кист общего желчного протока у детей вызывает меньшую степень хирургической агрессии организма в послеоперационном периоде по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, что обуславливает более мягкое течение послеоперационного периода.

Анализируя наш опыт использования лапароскопии в хирургической коррекции кист общего желчного протока, можно отметить, что лапароскопический доступ может стать методом выбора при хирургической коррекции патологии наружных желчевыводящих путей у детей.

Список литературы:

1. Early and late results of excision of choledochal cysts / H. Saing et al. // Journal of Pediatric Surgery. – 1997. - 32(11). – P. 1563-1566.
2. Management of choledochal cyst: 30 years of experience and results in a single center / W.H. She et al. // Journal of Pediatric Surgery. – 2009. – 44. – P. 2307-2311.
3. Initial experience with complex laparoscopic biliarysurgery in children: biliary atresia and choledochal cyst / B.H. Lee et al. // Journal of Pediatric Surgery. – 2004. – 39. – P. 804-807.
4. Laparoscopic resection of type 1 choledochal cysts in pediatric patients / D.M. Le et al. // Surg Ebdosc. – 2006. – 20. – P. 249-251.
5. Laparoscopic total intracorporeal correction of choledochal cyst in pediatric population / S.M. Ahn et al. // Journal Laparoendos Adv Surg Tech A. - 2009. - 19(5). – P. 683-686.
6. Lim, N.T. Laparoscopic complete cyst excision and hepaticoduodenostomy for choledochal cyst: early results in 74 cases / N.T. Lim, A. Dung le, T.N. Son // Journal Laparoendos Adv Surg Tech A. – 2009. - 19(1). – P. 87-90.
7. Ruiz, C.H. Laparoscopic repair for choledochal cyst in children: current status / C.H. Ruiz // World Journal of laparoscopic surgery. – 2012. - 5(2). – P. 76-79.
8. Laparoscopic repair for choledochal cyst: lessons learned from 190 cases / T.L. Nguyen et al. // Journal of Pediatric Surgery. – 2010. - 45(3). – P. 540-544.

ТҮЙІН

Д.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, Д.А. МУСТАФИНОВ,
О.А. МАМЛИН

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАЛПЫ ӨТ ҚАБАТЫ КИСТАЛАРЫН ЭНДОБЕЙНЕХИРУРГИЯЛЫҚ ТҮЗЕТУ

"University Medical Center" корпоративтік қорының «Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы»,
Астана, Қазақстан

Балалар хирургиясының ең өзекті және күрделі мәселелерінің бірі – өт жолдарының бұзылыстарын хирургиялық түзету болып табылады, оның біреуі – жалпы өт қабының кистикалық формациясы. 67 мистоздың өт жолдары бар науқастарды емдеудің нәтижелері ұсынылды. Дәстүрлі әдістермен салыстырмалы талдау балалардағы жалпы өт қабының кисталарын емдеуде эндобейнехирургия әдістерін қолданудың айтарлықтай артықшылықтарын көрсетті.

Негізгі сөздер: *эндобейнехирургиялық түзету, өт жолы.*

SUMMARY

D.B. JENALAYEV, D. A. MUSTAFINOV,
O.A. MAMLIN

ENDOVIDEOSURGICAL CORRECTION OF CYSTS COMMOM BILE DUCT IN CHILDREN

Corporate Fund "University Medical Center" National Research Center for Maternal and Child Health,
Astana, Kazakhstan

One of the most urgent and complex issues of pediatric surgery is surgical correction of malformations of the biliary tract, one of which is the cystic formations of the common bile duct. The results of treatment of 67 patients with cystic bile duct transformation are presented. The comparative analysis with traditional methods has shown significant advantages of using the methods of endovideosurgery in the treatment of common bile duct cysts in children.

Keywords: *malformations, biliary tract, common bile duct, cystic bile duct.*

УДК 616.131.3-053.32-089

А.С. ДОСМАГАМБЕТОВ, Т.С. СЕРГАЗИНА, Г.Б. ИМАНГАЛИЕВА, С.В. КИМ, М.М. ТУКТУБАЕВА,
Н.Т. ДОСТАНОВ, Д.А. АМИРАДИНОВ

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Актюбинский медицинский центр, Актобе, Казахстан

Аннотация

Введение. Функционирующий открытый артериальный проток у недоношенного ребенка может привести к целому ряду гемодинамических нарушений и развитию осложнений, связанных с гиперволемией малого круга кровообращения и гипоперфузией органов и тканей. Для предупреждения указанных осложнений требуется медикаментозное или хирургическое закрытие ОАП

Материал и методы. В работе проведен анализ хирургического лечения открытого артериального протока у 15 недоношенных детей с экстремальной и очень низкой массой тел, переведенные из родильных отделений области и города. Показаниями к операции были: 1)гемодинамически значимый проток; 2) отсутствие самостоятельного закрытия в течение 7 дней; 3)зависимость от искусственной вентяляции легких и кислорода. Оперативное лечение заключалось в проведении стандартной задне-боковой миниторакотомии и клипировании протока. Размеры протока составили от 4 до 15 мм.

Результаты. У всех пациентов удалось добиться полного прекращения кровотока по протоку. Осложнений, связанных с оперативным лечением, летальных исходов не было.

Заключение. Задне-боковая миниторакотомия при хорошем знании анатомии этой области позволяет выполнить клипирование ОАП за небольшой промежуток времени и снизить тем самым травматичность операции. Операция показана только при гемодинамически значимом ОАП, при отсутствии самостоятельного закрытия.

Ключевые слова: *открытый артериальный проток, хирургическое лечение, хирургическая тактика, недоношенные дети*

Введение. Открытый артериальный проток (ОАП) является неотъемлемой частью фетального кровообращения. В ближайшие часы после рождения ребенка происходит закрытие протока. Функционирующий открытый артериальный проток у недоношенного ребенка может привести к целому ряду гемодинамических нарушений и развитию осложнений, связанных с гиперволемией малого круга кровообращения и гипоперфузией органов и тканей [1]. Для предупреждения указанных осложнений требуется медикаментозное или хирургическое закрытие ОАП [2, 3, 5]. В течение длительного времени в нашей стране не было официально зарегистрированных препаратов для медикаментозной коррекции этого состояния и единственным методом лечения является хирургический, возможность его использования у недоношенных детей также была представлена в небольшой части неонатальных реанимационных отделений. Диагностические подходы и показания к терапии нередко были заимствованы из протоколов ведения доношенных новорожденных с

врожденными пороками сердца (ВПС). С другой стороны, существует целый ряд дуктус-зависимых критических врожденных пороков сердца у новорожденных, при которых функционирование протока является жизненно необходимым и закрытие его приводит к летальным исходам [3, 4]. Таким образом, понимание гемодинамических основ функционирующего ОАП у новорожденного ребенка определяет дальнейшую тактику ведения пациента.

Цель исследования. Провести анализ результатов оказания хирургической помощи при ОАП у недоношенных новорожденных детей в детском стационаре Актюбинского медицинского центра.

Материал и методы исследования. Отделение детской кардиохирургии открыто на базе областной детской клинической больницы в ноябре 2015 года. По мере доукомплектации отделения кадрами и оборудованием удалось снизить возраст оперированных детей до первых дней периода новорожденности. В данной работе проведен анализ оказания хирургической помощи недоношенным с ОАП. На лечении в отделении кардиохирургии детского стационара Актюбинского медицинского центра с 2016 по 2017 годы находилось на лечении 37 детей с диагнозом ОАП. Из них 18 детей поступили в экстренном порядке для хирургической коррекции ОАП. Из них 15(83%) – это недоношенные дети с экстремальной и очень низкой массой тела (900-1500 гр. и выше), переведенные из родильных отделений области и города, а также 3 ребенка, доставленные по линии санитарной авиации из ОПЦ Западно-Казахстанской области. Двум недоношенным в очень тяжелом состоянии клипирование ОАП проведено на месте, с выездом кардиохирургической бригады в Атыраускую область. В зависимости от массы тела новорожденные дети с ОАП распределились следующим образом: 900 гр. – 2; 1000-1500 гр. – 11; свыше 1500 гр. – 2

Клиническими проявлениями ОАП были: РДС, неустойчивые показатели SpO_2 , метаболический и смешанный ацидоз, систолический шум во II-III межреберье слева от грудины, неусвоение энтерального питания, артериальная гипотензия, снижение диуреза.

Диагноз ОАП устанавливался на основании эхокардиографии. Диаметр ОАП по данным эхокардиографии составил до 4 мм у 5-ти больных, 4-10 мм – у 8, 10-15 мм – у 2-х. У всех новорожденных отмечалось шунтирование крови слева направо и гемодинамические нарушения. На обзорных рентгенограммах органов грудной клетки отмечалось усиление легочного рисунка и увеличение левых отделов сердца.

Показаниями к операции были: 1) гемодинамически значимый ОАП (на основании клинического и эхокардиографического исследования); 2) отсутствие самостоятельного закрытия в течение 7-ми дней; 3) зависимость от ИВЛ и кислорода.

Залогом успешного проведения операции и минимизации риска для недоношенного ребёнка явилась тщательная подготовка новорождённого к вмешательству. К моменту начала операции дети имели нормальную температуру тела 36,5–37,5С°, компенсированные значения кислотно-основного состояния, газов крови и биохимических показателей. Кроме того, получено информированное согласие родителей на операцию и проведение анестезиологического пособия, переливание компонентов крови, выполнение других инвазивных мероприятий, а также проведение дополнительных исследований и манипуляции непосредственно перед операцией. За 6 часов до операции прекращали энтеральное кормление, ребенок переводился на полное парентеральное питание;

Оперативное лечение заключалось в проведении стандартной задне-боковой миниторакотомии и клипировании ОАП (рисунок1, 2). Размеры ОАП составили от 4 до 15 мм.

В послеоперационном периоде проводились исследования КОС и газов крови с коррекцией параметров ИВЛ, рентгенография грудной клетки, в течение первых суток мониторинг диуреза, АД, уровня глюкозы крови. На ИВЛ дети находились 51,2 ± 3,7 часа. Послеоперационное обезболивание проводилось фентанилом 0,005% из расчета 5 мкг/кг/час с последующим снижением дозы до 1-2 мкг/кг/час и отменой. Энтеральное кормление начинали с небольших объемов через 6 часов после операции при условии сохранного пассажа по кишечнику.

Полученные результаты и их обсуждение. Время операции при клипировании ОАП через мини-торакотомный доступ составило 35 ± 6,5 минут. У всех пациентов удалось добиться полного прекращения кровотока по ОАП.

Осложнений, связанных с оперативным лечением, летальных исходов не было.

Для иллюстрации эффективности оперативного закрытия ОАП приводим клиническое наблюдение.

Ребенок К. переведен из ОРИТН ОПЦ по линии санавиации в детский стационар на оперативное лечение с диагнозом: Некротический энтероколит новорожденного. Недоношенность 33-34 недель.

Рис.1. Открытый артериальный проток до клипирования

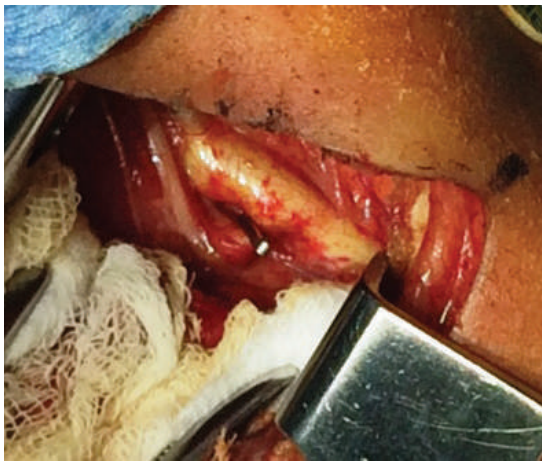


Рис.2. Открытый артериальный проток после клипирования

Из анамнеза установлено, что ребенок от 6-ой беременности, 3-х преждевременных родов в сроке 33-34 недель. Родился с весом 2000 г., рост-43 см, оценка по шкале Apgar 7/8 баллов. Роды в ЦРБ, для дальнейшего выхаживания ребенок переведен в ОПЦ. На 6-е сутки в динамике отмечается ухудшение состояния в виде энтеральной недостаточности, вздутия живота, беспокойства, после проведения рентгенобследования ребенок переведен в детский хирургический стационар. При проведении предоперационной подготовки у ребенка отмечается нарастание общего цианоза, резкое снижение сатурации. При обследовании ребенка, а именно при проведении ЭхоКГ, выявлен гемодинамически значимый открытый артериальный проток с шунтированием слева направо и увеличением левого предсердия. Экстренно собран консилиум в составе врача- кардиолога, кардиохирурга, кардиореаниматолога, неонатолога, реаниматолога. Учитывая превалирование острой сердечно-сосудистой недостаточности, данные ЭхоКГ, ребенку после предоперационной подготовки в экстренном порядке проведена операция задне-боковая торакотомия слева, клипирование ОАП. После операции состояние ребенка оставалось тяжелым, получал инфузионную терапию, антибактериальную, инотропную терапию, гемодинамика относительно стабильная, кислородозависимость снизилась, однако сохранялись симптомы энтеральной недостаточности, пареза кишечника, на 2-е сутки, учитывая признаки динамической непроходимости и перитонита, ребенку в экстренном порядке проведена операция: лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки, илеостомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационное течение без осложнений, ребенок на 2-е сутки после операции экстубирован, переведен на спонтанное дыхание, на 4-е сутки начато энтеральное кормление, на 5-е сутки после лапаротомии со стабилизацией состояния переведен в отделение неонатальной хирургии. В динамике объем кормления постепенно расширился, у ребенка отмечалась положительная динамика в весе, признаков ферментативной недостаточности не наблюдалось. На 27-е сутки после операции выписан домой в удовлетворительном состоянии с рекомендацией закрытия илеостомы через 1 месяц.

Данное клиническое наблюдение указывает на причину некротического энтероколита недоношенного новорожденного в виде открытого артериального протока, который из-за тяжести состояния не был распознан в ОПЦ. Только нарушение гемодинамики, падение сатурации и проведение в связи с этим эхокардиографии позволило установить диагноз. Следует отметить также, что в данном случае своевременное закрытие ОАП позволило не только избежать неблагоприятного исхода, но и добиться стабилизации центральной и периферической гемодинамики, поднять сатурацию, снизить легочную гипертензию. Все это привело к улучшению перфузии тканей, в том числе кишечника, которое в свою очередь способствовало восстановлению энтерального питания, прибавки веса и сокращению срока пребывания в стационаре.

Заключение. Таким образом, наш опыт хирургической коррекции открытого артериального протока у недоношенных показывает, что задне-боковая миниторакотомия при хорошем знании анатомии этой области позволяет выполнить клипирование ОАП за небольшой промежуток времени и снизить травматичность операции. Операция показана только при гемодинамически значимом ОАП, при отсутствии самостоятельного закрытия.

Список литературы:

1) Открытый артериальный проток у недоношенных новорожденных / Д.С.Крючко [и др.] // Вопросы практической педиатрии. – 2010. – 5(2). – С. 57–65.
2) Торакотомия и торакоскопия в лечении открытого артериального протока у детей с массой тела менее 2500 г / Ю.А. Козлов [и др.] // Хирургия. – 2014. - Т.1. - С. 64–72.
3) Бокерия, Л.А. Детская кардиохирургия: руководство для врачей / ред.: Л.А. Бокерия, К.В. Шаталов. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2016. – 864 с.
4) Бокерия, Е.Л. Открытый артериальный проток – «добро и зло в одном сосуде» (обзор литературы) / Е.Л. Бокерия, Е.А. Дегтярева // Вестник РУДН. Серия: МЕДИЦИНА. – 2017. - Vol.21. - №2. – С. 163—170.
5) Хирургическая коррекция открытого артериального протока у детей / А.Ю. Разумовский [и др.] // Российский вестник. – 2017. – Т.VII. - №3. – С. 24-32.

ТҮЙІН

А.С. ДОСМАГАМБЕТОВ, Т.С. СЕРГАЗИНА, Г.Б. ИМАНГАЛИЕВА, С.В. КИМ, М.М. ТУКТУБАЕВА, Н.Т. ДОСТАНОВ, Д.А. АМИРАДИНОВ

БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗДЕГІ ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ АШЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ӨЗЕКТІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТҮЗЕТУ

Ақтөбе медицина орталығы, Ақтөбе, Қазақстан

Жұмыста облыс және қаланың босандыру бөлімшелерінен ауыстырылған 15 экстремалды төмен және өте төмен салмағы шала туылған балаларды ашық артериялық өзек ағынын хирургиялық емдеудің талдауы жасалған.

Ота жасауға болған көрсеткіштер: 1) гемодинамикалық маңызды ағысы; 2) 7 күн ішінде өздігінен өзектің бітелмеуі; 3) өкпені жасанды желдету және оттегіне тәуелділігі. Ота жасау мақсаты – стандартты артқы капталды миниторакотомия, өзектің клиптелдеуі. Өзек көлемі 4-тен 15 мм-ге дейін.

Барлық пациенттерде қан ағымын толық тоқтатуға қол жеткізілді. Операцияға байланысты асқынулар, өлім-жітім болған жоқ.

Негізгі сөздер: *ашық артерия өзегі, хирургиялық ем, шала туылған балалар.*

SUMMARY

A.S. DOSMAGAMBETOV, T.S. SERGAZINA, G.B.IMANGALIYEVA, S.V.KIM, M.M. TUKTUBAYEVA, N.T.DOSTANOV, D.A. AMYRADINOV

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF OPEN DUCTUS ARTERIOSUS IN PREMATURE INFANTS

Aktobe medical center, Aktobe, Kazakhstan

In the work the analysis of surgical treatment of open arterial-tion duct 15 premature infants with extreme and very low weight of the bodies, transferred from the maternity area and the city. Indications for surgery were: 1) a hemody-namically significant duct; 2) the lack of an independent closure within 7 days; 3) dependency on artificial ventelyatsii light and oxygen. Surgical treatment con-sisted of a standard posterior-lateral minithoracotomy and clipping of the duct. Duct sizes ranged from 4 to 15 mm.

All patients were able to achieve complete cessation of blood flow through the canal. Complications associated with surgical treatment, mortality was not.

Keywords: *open arterial duct, surgical treatment, surgical tactics, premature in-fants*

УДК:618.831-009.11:616-053.2:364-785.14-173.7

Л.В. ДРОБЫШЕВА[1], Р.А. КАРАБЕКОВА[2], А.С. АБИЛОВА[2]

СОЛИДАРНОЕ ПАРТНЁРСТВО РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ДЦП ПУТЁМ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ, БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ОБЩЕСТВОМ

[1]Университетская клиника «Аксай», Алматы, Казахстан
[2]АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Аннотация. В работе проводится анализ и значение проведения солидарного партнёрства родителей детей ДЦП путём обучения практическим навыкам и бытовой адаптации. Основой медицинской реабилитации является лечебно-педагогический урок. Принцип урока - лечение через обучение.

Ключевые слова: *ДЦП, реабилитация, лечебная физкультура, методика, адаптация, качество жизни, обучение.*

Актуальность. Инвалидность у детей – это значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Инвалидность – это не только медицинская, но и социальная проблема, проблема неравных возможностей, возникших в связи с ограничениями в результате травмы или заболевания.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 млн – дети. По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан, ежегодно в Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. В структуре детской инвалидности преобладают психоневрологические заболевания (более 60 %), заболевания внутренних органов (до 20 %), заболевания опорно-двигательного аппарата (9-10 %), нарушения зрения (13 %) и слуха (4 %).

По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК), частота перинатальных поражений центральной нервной системы (ППЦНС) составляет 7,5-22,4% в структуре заболеваемости детей

этой возрастной категории. Число детей, рождающихся с заболеваниями нервной системы, приводящей к тяжелой инвалидизации, не сокращается, а имеет тенденцию к неуклонному росту. ППЦНС составляют 60-80% среди всех неврологических заболеваний детей раннего возраста.

В Республике Казахстан проживает 49,8 тыс. детей - инвалидов до 16-ти лет и 58,8 тыс. инвалидов с детства. За последние 2 года на 16% возросла инвалидность среди детей.

В структуре детской инвалидности лидирующее положение (от 30% до 70%) занимает детский церебральный паралич (ДЦП) - заболевание, приводящее к ранней инвалидизации. В развитых странах его частота составляет 2,5-5,9 на 1000 родившихся.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – полиэтиологическоезаболевание анте-иперинатального периода, проявляющееся двигательными, психическими и речевыми нарушениями, в центре которых лежит сложная патология постуральных рефлексов. Данные о распространенности ДЦП по мере развития медицинской науки меняются.

Основные причины ДЦП связаны с процессами развития беременности и родовым актом (перинатальный период): хронические заболевания матери, инфекционные заболевания, прием лекарств во время беременности, преждевременные роды, затяжная родовая деятельность, гемолитическая болезнь новорожденного, обвитие пуповины и другие. По мнению различных авторов, соотношение пренатальных и перинатальных факторов поражения мозга при ДЦП колеблется: антенатальные факторы (инфекционные поражения, дизнейроонтогенез, гипоксия и ишемия мозга) варьируют от 35 до 60%, интранатальные от 27 до 54%, постнатальные от 6 до 25%.

На фоне роста инвалидности острее проявляются социальные проблемы детей - инвалидов и их семей. С первых дней жизни больного ребенка семья обречена на полную зависимость от него и его трудностей. Чтобы изменить положение и помочь детям - инвалидам и их семьям, необходимо объединить усилия по сотрудничеству органов социальной защиты населения, здравоохранения, образования, культуры, информации.

Среди основных причин, способствующих возникновению инвалидности у детей, являются ухудшение экологической обстановки, неблагоприятные условия труда женщин, высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей, рост травматизма, отсутствие условий и культуры здорового образа жизни.

Цель исследования - показать, что совместное партнерство родителя и специалиста путём обучения практических навыков, бытовой адаптации и социальной ответственности родителей за своих детей перед обществом дает большие возможности для успешной социальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Принцип интегративной формы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями относится к новым технологиям, решающим целый ряд проблем детей-инвалидов и их семей и улучшающий качество жизни пациентов.

Характер медико-социальных проблем ребенка-инвалида зависит от имеющейся у него патологии и комбинации нарушений тех или иных функций. Наиболее распространенными являются:

– проблемы самообслуживания (80% детей нуждаются в постоянной посторонней помощи),

– проблемы передвижения;

– проблемы, связанные с общением с окружающими;

– проблемы, связанные с трудовой деятельностью в будущем;

– психологические проблемы.

Реабилитационное воздействие должно быть направлено на 4 основные функциональные системы организма:

– двигательное, моторное развитие;

– сенсорную сферу;

– когнитивную сферу и речь;

– эмоционально-коммуникативную сферу и поведение.

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, низкой контактности со сверстниками и взрослыми, в редком общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования и лечения.

В республике имеет место дефицит учреждений, занимающихся реабилитацией детей с ограниченными возможностями, слабая материально-техническая база имеющихся центров, а также недостаточен уровень профессионализма специалистов, что в совокупности является одним из факторов, оказывающих отрицательное влияние на состояние здоровья детей и исход заболевания.

Значительное ограничение возможностей и снижение качества жизни определяют медико-социальную значимость проблем реабилитации детей - инвалидов, ставят серьезные задачи для разработки системы комплексных реабилитационных мероприятий. В связи с вышесказанным, поиск новых, более эффективных методов реабилитации, обеспечивающих принципы комплексности, преемственности, длительности и разработка организационных мероприятий необходимы, обоснованы, вполне оправданы и актуальны.

Реабилитация детей в силу их особого положения – это процесс длительный, многолетний, требующий непрерывных усилий как со стороны инвалида, так и со стороны его семьи, окружения.

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками.

Реабилитация детей с ДЦП – сложный и многоэтапный процесс, участниками которого должны быть высококвалифицированные специалисты, работающие в тесной взаимосвязи с родителями и близким окружением больных детей.

Нами разработана методика занятий лечебной физкультуры, основанная на принципах связи «врач-ребенок-семья» или лечебно-педагогический подход, отличающийся не столько техникой, сколько отношением к семье ребёнка. При манипулятивном подходе ребёнок является объектом, который подвергается определённым процедурам, а при лечебно-педагогическом - ребёнок и его семья становятся партнёрами специалистов, когда возникают субъективные, равноправные отношения с ребёнком.

Обсуждение полученных данных. Основой медицинской реабилитации является лечебно-педагогический урок. Принцип урока - лечение через обучение. Каждый ребёнок, находящийся на лечении, имеет различные ограничения активности и бывает обречен на пассивный образ жизни. Бездействие прививает ребёнку чувство собственной ненужности, со временем он отдаляется от общества, замыкается в себе, инвалидизируется, а родители страдают от бессилия, депрессии, агрессии и болезней. Помощь детям начинается с активных физических и психоэмоциональных действий, которые должны быть постоянными, регулярными, соответствующими возрасту и заболеванию. Программы подготовлены для родителей, членов семьи, опекунов детей с ограниченными возможностями на амбулаторном этапе реабилитации (так называемый реабилитационный «провал»), когда у родителей появляется состояние «опущенных рук», они остаются дома одни и не имеют элементарных знаний и умений по уходу, развитию и воспитанию ребёнка.

«Здоровые, не осуждающие других родители находят в себе больше силы, веры и любви, чтобы отдавать детям» - это главный принцип методики.

Любая программа приносит пользу лишь тогда, когда она основана на непосредственном общении родителей и специалистов. Нам иногда кажется, что мы знаем друг друга, но часто недостаточно хорошо понимаем, а это наносит вред всей программе помощи ребенку. Поменялся мир и связи между людьми, родителями и детьми. Они слишком далеки друг от друга, живут в цифровом мире интернета, много знают, но очень мало умеют. Детей надо возвращать к общению, сопереживанию, учить задумываться и обучать практическим навыкам. Только родители, сохраняющие своё здоровье и силы, ежедневно занимающиеся физическими упражнениями вместе с семьёй, могут давать мощные стимулы для психоэмоционального и двигательного развития своих детей. Для этого воздействия и созданы наши программы. Вот почему так важно стремиться к партнёрству, взаимопониманию, взаимодействию и уважению каждой из сторон в помощи ребёнку.

Занятия лечебной гимнастикой по программам адаптированы и модифицированы для клиник, реабилитационных центров и амбулаторных условий. Занятия проводятся для детей, их родителей или сопровождающих их лиц групповым или индивидуальным методами по 45-60 минут, часто одновременно на двух языках (казахском и русском). Особенностью занятий является комплексный подбор упражнений для взрослых и детей, одновременно с индивидуальной коррекцией для каждого. Групповые занятия всегда являются эффективными и позитивными.

Данная методика ЛФК при ДЦП базируется на следующих принципах: регулярность, систематичность и непрерывность занятий, индивидуальный подход, учет стадии и тяжести заболевания, а также возраста и психического развития ребенка. Немаловажное значение имеет увеличение физических нагрузок. Оно должно быть строго индивидуальным.

Выводы: Таким образом, внедрение данной методики лечебной физкультуры при ДЦП, ее простота выполнения, доступность, высокая эффективность, значительно улучшает качество жизни, уменьшает социальную напряженность в обществе, открывает новые возможности для бытовой, трудовой и социальной адаптации в нашем изменяющемся мире.

Список литературы:

1. Мозговой, В.М. Развитие и коррекция нарушений двигательной функции детей и подростков с нарушениями интеллекта в процессе физического воспитания / В.М. Мозговой // Дефектология. – 2004. - №6.- С. 17-21.
2. Жигорева, М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь : Учебное пособие для студентов высших учебных заведений − 2-е издание, испр. / М.В. Жигорева. − М.: Издательский центр «Академия», 2015. – 204 с.
3. Асхатов, В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы / В.А. Асхатов // Здоровье. – 2000. - №3. – С. 14-15.
4. Веселов, А.В. Лечение ДЦП / А.В. Веселов // Здоровье. – 2007. - №12. - С.21.

ТҮЙІН

Л.В. ДРОБЫШЕВА[1], Р.А. ҚАРАБЕКОВА[2], А.С. ӘБИЛОВА[2]

ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ПАРАЛИЧПЕН ПЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ АТА-АНАЛАРЫМЕН СЕРІКТЕСЕ ОТЫРЫП БАЛАЛАРДЫ ПРАКТИКАЛЫҚ ДАҒДЫЛАРҒА, ТҰРМЫСТЫҚ БЕЙІМДЕЛУГЕ ЖӘНЕ ҚОҒАМ АЛДЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ЖАУАПКЕРШІЛІККЕ ҮЙРЕТУ

[1]«Ақсай» университеттік клиникасы, Алматы, Қазақстан
[2]«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана, Қазақстан

Жұмыста церебральды параличпен (ЦП) ауыратын балалардың ата-аналарымен бірігіп, тәжірибелік дағдыларға және тұрмыстық бейімделуге үйрету жолы арқылы ынтымақты серіктестікті жүргізудің талдауы мен маңызы келтірілген. Медициналық оңалтудың негізі емдік – педагогикалық сабақ болып табылады. Сабақтың қағидасы – оқыту арқылы емдеу

Негізгі сөздер: *церебральды паралич, сауықтыру, емдік дене шынықтыру, әдістеме, бейімделу, өмір сапасы, оқыту.*

SUMMARY

L.V. DROBISHOVA[1], R.A. KARABEKOVA[2], A.S. ABILOVA[2]

SOLIDARITY PARTNERSHIP OF PARENTS OF CHILDREN WITH ICP BY TEACHING PRACTICAL SKILLS, HOUSEHOLD ADAPTATION AND SOCIAL RESPONSIBILITY TO SOCIETY

[1]«Aksai» university clinic, Almaty, Kazakhstan,
[2]Medical University Astana, Astana, Kazakhstan

In the work, the analysis and significance of the solidary partnership of the parents of children with cerebral palsy are conducted by training practical skills and household adaptation. The basis of medical rehabilitation is the curative and pedagogical lesson. The principle of the lesson is treatment through training.

Keywords: *Cerebral palsy, rehabilitation, exercise therapy, methodology, adaptation, quality of life, training.*

УДК 616.717.2-001.5-08

Н.Г. ЖИЛА[1], П.Б. КОМАРОВ[2], К.М. КОМАРОВ[2], Д.А. ХРУЛЁВ[2], Д.В. АНАНЬЕВ[2]

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СПИЦЕВОЙ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ

[1]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия
[2]Детская городская больница №22, Санкт-Петербург, Россия

Статья посвящена современному подходу к хирургическому лечению переломов ключицы у детей с использованием металлоостеосинтеза спицами.

С целью оптимизации хирургического лечения переломов ключицы у детей авторами разработан и внедрён в практику способ двуспицевой фиксации отломков ключицы (Патент РФ на изобретение № 2592603). Использование данного способа позволяет оптимально восстанавливать анатомию сломанной ключицы, функцию плечевого пояса и верхней конечности.

Ключевые слова: *ключица, переломы ключицы, металлоостеосинтез спицами.*

Актуальность. Одной из наиболее частых травм детского возраста являются переломы ключицы, которые составляют до 14% всех костных повреждений. Сложность анатомии ключицы, влияние на неё мышечного аппарата плечевого пояса значительно затрудняют выполнение точной репозиции отломков и тем более удержание их в правильном положении до момента сращения. До сегодняшнего дня в клинической практике распространён внутрикостный металлоостеосинтез одной спицей при переломах ключицы, данный вариант фиксации характеризуется относительной технической простотой. В то же время результаты хирургического лечения переломов ключицы у детей с применением указанного выше внутрикостного металлоостеосинтеза показывают определённый процент осложнений. Большинство из этих осложнений обусловлено нестабильностью фиксации и миграцией спицы [1].

Цель исследования. Целью данного исследования является улучшение анатомо-функциональных результатов хирургического лечения переломов ключицы у детей с использованием внутрикостного металлоостеосинтеза спицами.

Материалы и методы. Методику ретроградного введения спицы Киршнера для фиксации отломков ключицы в СССР впервые с 1957 года стал применять С.О.Португалов. В монографии М.М. Усовой

«Закрытые повреждения ключицы» (1963) методика описывается следующим образом: спицу при помощи дрели проводят через внутренний конец наружного отломка до выхода из кожи позади акромиального конца ключицы, затем дрель переносят на другой конец спицы. Отломки сопоставляют и, удерживая их, проводят спицу в центральный отломок на глубину 4-5 см. Конец спицы погружают в мягкие ткани либо оставляют накожно [2]. Однако данная фиксация не обеспечивает достаточно стабильной фиксации и не учитывает индивидуальных анатомических особенностей (S-образная форма) этой кости. Для оптимизации хирургического лечения переломов ключицы у детей нами разработан и внедрён в практику способ двуспицевой фиксации отломков ключицы (Патент РФ на изобретение № 2592603). Суть способа заключается в следующем (рис. 1): со стороны перелома у нижнего края костномозгового канала через периферический отломок ключицы проводится металлическая спица до выхода её через мягкие ткани у акромиального конца ключицы. Со стороны перелома у верхнего края костномозгового канала через периферический отломок проводится вторая металлическая спица под острым углом к

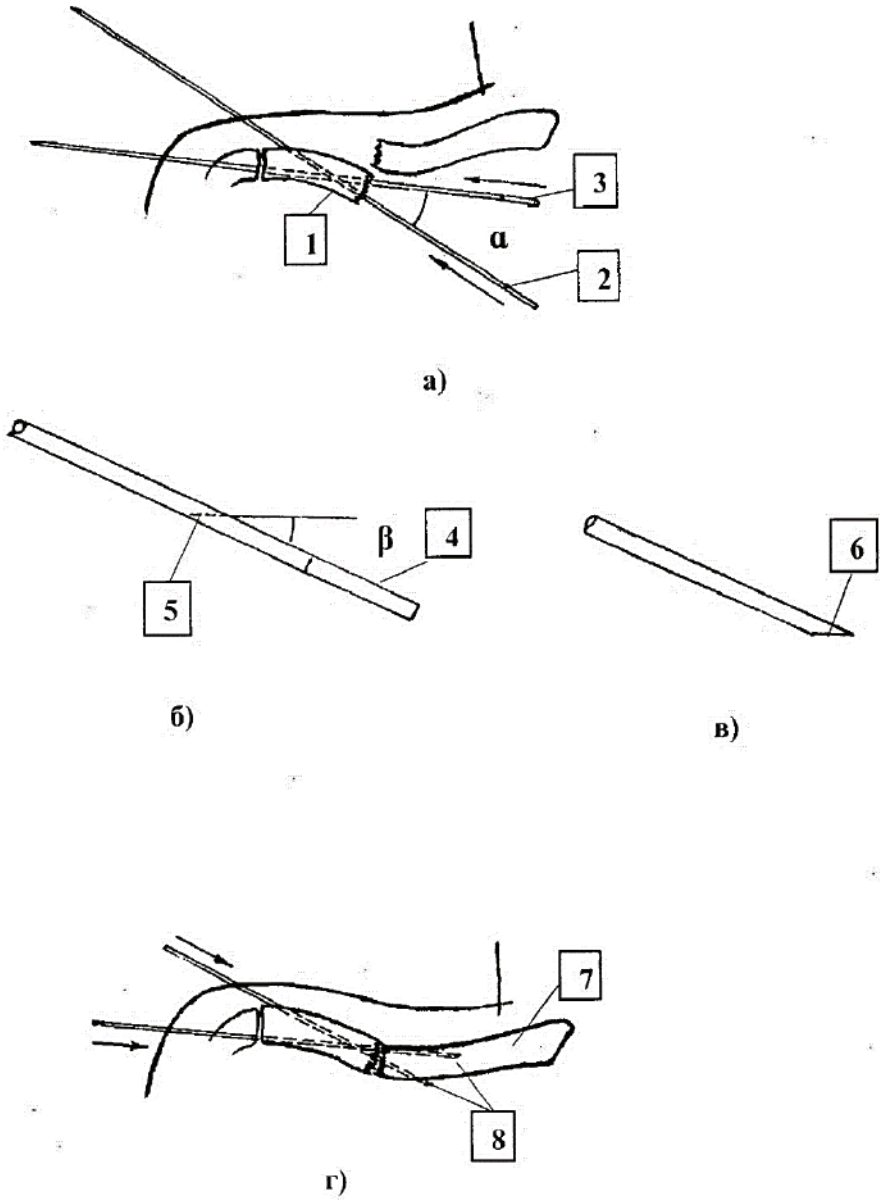
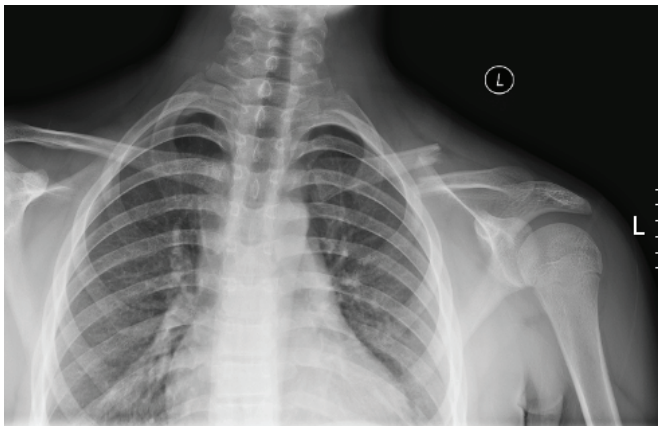
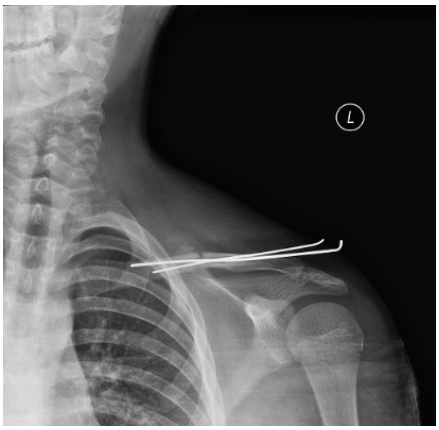


Рис. 1. Методика двуспицевой фиксации отломков ключицы при переломе (схема): а – проведение спиц в периферический отломок под острым углом друг к другу; б – конец спицы с площадкой под дрель перед скусыванием; в – конец спицы после скусывания кусачками; г - проведение спиц в обратном направлении в центральный отломок. 1 – периферический отломок ключицы;

2, 3 – спицы, проведенные в периферический отломок; 4 –конец спицы с площадкой под дрель; 5 – проекционная линия скусывания свободного конца спицы после введения её в периферический отломок; 6 – сформированная режущая кромка спицы после скусывания кусачками; 7 – центральный отломок ключицы; 8 – положение скушенных концов спиц с режущей кромкой в центральном отломке



а)



б)

Рис. 2. Рентгенограмма травмированной (перелом) ключицы ребёнка 15 лет (прямая проекция): а – до операции; б – после открытой репозиции и фиксации отломков ключицы двумя спицами по разработанной методике

первой с учётом особенностей S-образной формы данной кости. Вторая спица также проводится до выхода её через мягкие ткани у акромиального конца ключицы. После этого концы спиц с площадками для дрели скусываются кусачками у края перелома периферического отломка под острым углом, тем самым формируют режущие кромки спиц с острым концом. После сопоставления (репозиции) костных отломков в правильное (анатомическое) положение спицы поочерёдно проводятся дрелью со стороны периферического отломка ключицы в центральный отломок до плотного контакта с его кортикальным слоем или с выходом за него (за пределы кости) не более 1-2 мм.

Результаты и обсуждение. Нами была проведена, согласно критериям шкалы оценок результатов лечения переломов Любошица-Маттиса (ЦИТО), оценка результатов лечения детей с переломами ключицы, лечившихся с использованием внутрикостного металлоостеосинтеза спицей (n=51) и с использованием способа двуспицевой фиксации (рис. 2) отломков ключицы (n=47). При сравнении изучаемых групп установлена достоверная разница средней суммы баллов - 83,5±1,74 и 94,7±0,81 ($p<0,05$) баллов, соответственно. При этом отмечено, что у пациентов второй группы имеет место более эффективное восстановление параметров плечевого пояса и пространственной ориентации сопряжённой верхней конечности (оптимальный эстетический результат).

Заключение. Разработанный нами способ хирургического лечения переломов ключицы с использованием двуспицевой фиксации отломков позволяет, на наш взгляд, оптимально восстанавливать анатомию сломанной ключицы, что способствует эффективной реабилитации функции плечевого пояса и верхней конечности. Данное обстоятельство указывает на целесообразность широкого внедрения представленной методики оперативного лечения переломов ключицы у детей в клиническую практику детской хирургии, травматологии и ортопедии.

Список литературы:

1. Зорин, В.И. Хирургическое лечение переломов ключицы у детей с применением металлоостеосинтеза моделированными пластинами: автореф. дис. … канд. мед. наук / В.И. Зорин. – Хабаровск, 2010. – 93 с.
2. Зорин В. Хирургическое лечение переломов ключицы у детей / В. Зорин, Н. Жила // Publishing house: LAP LAMBERT Academic Publishing. – Germany, 2011. – 127 с.

ТҮЙІН

Н.Г. ЖИЛА[1], П.Б. КОМАРОВ[2], К.М. КОМАРОВ[2], Д.А. ХРУЛЁВ[2], Д.В.АНАНЬЕВ[2]

БАЛАЛАРДЫҢ БҰҒАНАСЫ СЫНҒАНДА СЫНЫҚТАРДЫ ШАБАҚПЕН БЕКІТУДІҢ ЗАМАНАУИ ЖОЛДАРЫ

[1]Санкт-Петербург мемлекеттік педиатриялық медицина университеті, Санкт-Петербург, Ресей
[2]№22 Қалалық балалар ауруханасы, Санкт-Петербург, Ресей

Мақала шабақпен металлоостеосинтездеуді қолдана отырып, балаларда бұғана сынықтарын хирургиялық емдеудің заманауи жолдарына арналған. Балаларда бұғана сынықтарын хирургиялық емдеуді оңтайландыру мақсатында авторлар бұғана сынықтарын екі шабақтық бекіту тәсілін жасап, тәжірибеге енгізді (өнертабысқа РФ № 2592603 патенті). Бұл тәсілді қолдану сынған бұғананың анатомиясын, иық белдеуінің және қолдың қызметін оңтайлы қалыпқа келтіруге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: *бұғана, бұғана сынықтары, шабақтармен металлоостеосинтездеу.*

SUMMARY

N.G. ZHILA[1], P.B. KOMAROV[2], K.M. KOMAROV[2], D.A. KHRULEV[2], D.V. ANANIEV[2]

MODERN APPROACH TO-SPOKE FIXATION OF BONE FRAGMENTS OF FRACTURES OF THE CLAVICLE IN CHILDREN

[1] St.Petersburg state pediatric medical university, St. Petersburg, Russia
[2] Children's municipal hospital №22, St. Petersburg, Russia

The article is devoted to the modern approach to surgical treatment of clavicle fractures in children with the use of osteosynthesis spokes. To optimize the surgical treatment of clavicle fractures in children the authors have developed and implemented dospecial method of fragment fixation of clavicle (RF Patent for the invention № 2592603). The use of this method allows to optimally reconstruct the anatomy broken clavicle, the function of the shoulder girdle and upper limb.

Keywords: *collar bone, clavicle fractures, osteosynthesis spokes.*

УДК 616.717.4-001.5-08

Н.Г. ЖИЛА[1], П.Б. КОМАРОВ[2], К.М. КОМАРОВ[2], Д.А. ХРУЛЁВ[2], И.Ю. ВАСИЛЬЕВ[1]

НЕПРЯМАЯ (ТРАНСКУТАННАЯ) РЕПОЗИЦИЯ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

[1]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия;
[2]Детская городская больница №22, Санкт-Петербург, Россия

Статья посвящена непрямой (транскутанной) репозиции чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей. На основе собственного клинического материала авторами показана целесообразность использования при непрямой репозиции чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей рентгенологической С-дуги, что позволяет в сочетании с металлоостеосинтезом спицами добиться наиболее полного восстановления анатомии дистального конца данной кости.

Ключевые слова: *локтевой сустав, чрезмыщелковые переломы, непрямая репозиция, металлоостеосинтез спицами.*

Актуальность. Лечение чрезмыщелковых переломов плечевой кости (ЧППК) у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой детской хирургии. Они составляют от 39 до 77,8% всех переломов нижнего отдела плечевой кости у детей, а по числу и тяжести осложнений занимают ведущее место среди всех переломов локтевого сустава [2]. При этом наиболее характерным для переломов данной локализации является ротационное смещение отломков (в большинстве случаев возникает ротация дистального фрагмента кнутри). По данным авторов [1], не устранённое ротационное смещение отломков очень часто (80%) приводит к такому осложнению, как посттравматическая варусная деформация локтевого сустава. Учёт данного аспекта, на наш взгляд, является ведущим при проведении закрытой репозиции в случаях ЧППК.

Цель исследования. Целью данного исследования является улучшение анатомо-функциональных результатов лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

Материал и методы. В настоящее время при ЧППК со смещением отломков традиционно используется закрытая репозиция отломков плечевой кости использованием дополнительной чрескожной фиксации последних спицами, проведенными во взаимно перекрещивающихся направлениях.

Манипуляция выполняется в условиях малой операционной, под наркозом, с соблюдением всех правил асептики. Оптимальный вариант, на наш взгляд, выполнение манипуляции с использованием этапного лучевого контроля посредством операционной рентгенологической С-дуги. Однако в реальной клинической практике для этапного лучевого контроля также используется передвижной рентгеновский аппарат «Арман» с функцией ручной проявки рентгенограмм. Для определения величины ротации отломков плечевой кости в градусах нами используется простой и доступный способ: на прямой рентгенограмме локтевого сустава травмированной стороны определяют и маркируют точками чётко визуализируемые края костных отломков в зоне перелома. Данные точки соединяют линиями b и c, составляющими поперечные размеры (мм) дистального и проксимального отломков в зоне перелома (рис. 1). Затем составляется математическая пропорция с последующим вычислением угла ротации отломков относительно друг друга:

$$\mathbf{c}_{(мм)} \times 180^0$$

$$\mathbf{c}_{(мм)} - 180^0 , \mathbf{b}_{(мм)} - X^0 \} X = \text{----------} = \mathbf{d}^0 \} 180^0 – \mathbf{d}^0 = \mathbf{e}^0$$ (угол ротации),

$$\mathbf{b}_{(мм)}$$

где

b – ширина дистального отломка плечевой кости (мм)**,** соответствующая 180^0 полусферы локтевого сустава;

c - ширина проксимального отломка плечевой кости (мм);

d^0 – величина в градусах, соответствующая проекционной ширине дистального отломка плечевой кости в пределах полусферы локтевого сустава;

e–угол ротационного смещения края сопряжённого отломка в пределах полусферы локтевого сустава. В тех клинических случаях, когда на прямой рентгенограмме ширина проксимального отломка превалирует над шириной дистального отломка, её условно принимают соответствующей 180^0 полусферы локтевого сустава.

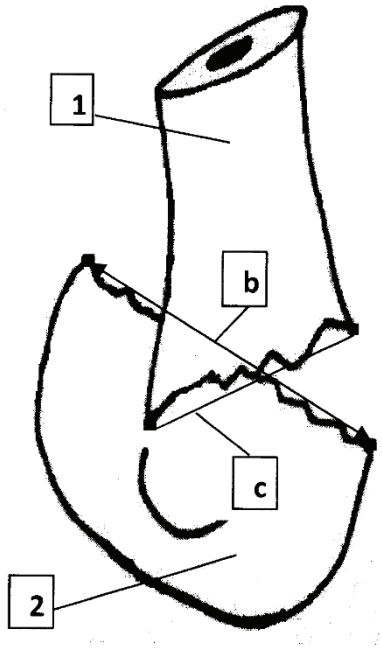
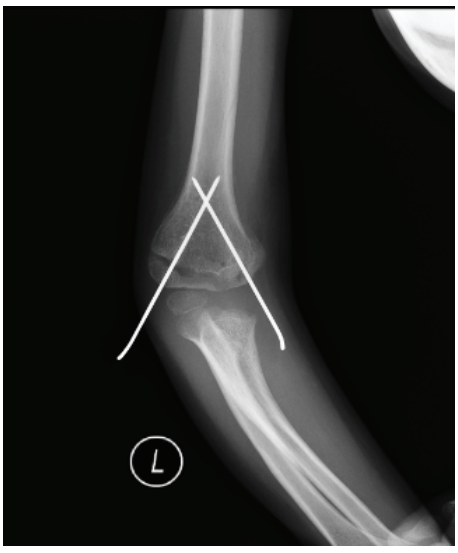


Рис. 1. Схема для определения ротационного смещения отломков при чрезмыщелковых переломах плечевой кости: 1 – проксимальный отломок;

2 – дистальный отломок; b – визулизируемый на рентгеновском снимке поперечный размер дистального отломка в зоне перелома; c - визулизируемый на рентгеновском снимке поперечный размер проксимального отломка в зоне перелома

С целью определения бóльшей эффективности непрямой (транскутанной) репозиции при ЧППК с использованием этапного лучевого контроля посредством операционной рентгенологической

а)



б)

Рис. 2. Рентгенограммы локтевого сустава ребёнка 4 лет с закрытым чрезмыщелковым переломом плечевой кости: а – до репозиции;
б - после выполнения непрямой (транскутанной) репозиции и остеосинтеза спицами с использованием рентгенологической С-дуги. Ротационное смещение отломков устранено полностью

Рис. 3. Рентгенограмма локтевого сустава ребенка 4 лет с закрытым чрезмыщелковым переломом плечевой кости после выполнения непрямой (транскутанной) репозиции и остеосинтеза спицами с использованием передвижного рентгеновского аппарата «Арман» для лучевого контроля. Определяется угловое и ротационное смещение отломков

С-дуги или же передвижного рентгеновского аппарата «Арман» с функцией ручной проявки рентгенограмм, нами проведено исследование остаточного угла ротации отломков плечевой кости после репозиции у 124 детей: использование операционной рентгенологической С-дуги - 51 человек; передвижного рентгеновского аппарата «Арман» с функцией ручной проявки рентгенограмм - 73 человек.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что остаточный угол ротации костных отломков плечевой кости в группе детей с ЧППК, которым производилась непрямая (транскутанная) репозиция с выполнением этапного лучевого контроля передвижным рентгеновским аппаратом «Арман» с функцией ручной проявки рентгенограмм, составил $27,3\pm2,6^0$. В группе больных, которым репозиция производилась под этапным лучевым контролем посредством операционной рентгенологической С-дуги, данный показатель имеет следующее значение – $4,6\pm1,2^0$. То есть, во второй группе детей с ЧППК точность репозиции отломков плечевой кости оказалась достоверно ($p<0,05$) лучшей, более точной. Это обусловлено, на наш взгляд, следующими обстоятельствами: 1) использование непосредственно в процессе хирургической манипуляции рентгенологической С-дуги позволяет врачебной бригаде достаточно быстро установить отломки плечевой кости в правильное положение, предотвращая тем самым дополнительную травматизацию как самих костных отломков, так и окружающих мягких тканей. Это, при необходимости повторения репозиции, не затрудняет последнюю; 2) под контролем С-дуги проведение фиксирующих спиц осуществляется, как правило, однократно и правильно (рис. 2); 3) указанные выше обстоятельства в подавляющем большинстве случаев не могут быть осуществлены при репозиции с использованием для лучевого контроля передвижного рентгеновского аппарата «Арман» с функцией ручной проявки рентгенограмм, что значительно удлиняет время хирургической манипуляции, повышает травматизацию костных отломков и окружающих мягких тканей, значительно затрудняя тем самым повторную репозицию в случае её необходимости. Всё это способствует психологической усталости врачебной бригады и, как следствие, снижает точность репозиции отломков плечевой кости (рис. 3) и правильность проведения фиксирующих спиц.

Заключение. Проведение непрямой (транскутанной) репозиции при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей под этапным лучевым контролем посредством операционной рентгенологической С-дуги следует считать оптимальным вариантом указанной хирургической манипуляции.

Список литературы:

1. Варусная деформация локтевого сустава у детей после неустранённых ротационных смещений при переломах дистального отдела плечевой кости / И.И. Мельцин [и др.] // Детская хирургия. – 2016. - №2. – С. 87-91.
2. Петров, Г.Г. Хирургическое лечение осложнённых чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей: автореф. дис. … канд. мед. наук / Г.Г. Пертров. – Иркутск, 2004. – 27 с.

ТҮЙІН

Н.Г. ЖИЛА[1], П.Б. КОМАРОВ[2], К.М. КОМАРОВ[2], Д.А. ХРУЛЁВ[2], И.Ю. ВАСИЛЬЕВ[1]

БАЛАЛАРДА ИЫҚ СҮЙЕКТЕРІНІҢ АЙДАРШЫҚ АРҚЫЛЫ СЫНЫҚТАРЫНДА ТІКЕЛЕЙ ЕМЕС (ТРАНСКУТАНДЫ) ОРНЫНА САЛУ

[1]Санкт-Петербург мемлекеттік педриатриялық медицина университеті, Санкт-Петербург, Ресей
[2]№22 Қалалық балалар ауруханасы, Санкт-Петербург, Ресей

Мақала балаларда иық сүйектерінің айдаршық арқылы сынықтарын тікелей емес (транскутанды) орнына салуға арналған. Авторлар өздерінің клиникалық материалдарының негізінде шабақтармен металлоостеосинтездеумен сәйкес аталмыш сүйектің дистальды шегінің анатомиясының неғұрлым толық қалыпқа келуіне қол жеткізуге мүмкіндік беретін балалардың иық сүйектерінің айдаршық арқылы сынықтарын тікелей емес орнына салу кезінде рентгенологиялық С-доғаны қолданудың тиімділігі көрсетілді.

Негізгі сөздер: *шынтақ буыны, айдаршық арқылы сынықтар, тікелей емес орнына салу, шабақтармен металлоостеосинтездеу.*

SUMMARI

N.G. ZHILA[1], P.B. KOMAROV[2], K.M. KOMAROV[2], D.A. KHRULEV [2], I.Y. VASILYEV [2]

INDIRECT (TRANSCUTANEOUS) REDUCTION IN RAZMYSLOVICH FRACTURES OF THE HUMERUS IN CHILDREN

[1] St. Petersburg state pediatric medical University, St. Petersburg, Russia
[2] Children's municipal hospital №22, St. Petersburg, Russia

The article is devoted to indirect (transcutaneous) razmyslovich reduction of fractures of the humerus in children. On the basis of their own clinical material the authors have shown the feasibility of using in indirect reduction razmyslovich fractures of the humerus in children x-ray C-arm, which allows, in combination with osteosynthesis spokes, to achieve the most complete restoration of anatomy of distal end of this bone.

Keywords: *elbow joint (elbow); Razmyslov fractures (condylar fractures); indirect reduction; metallothionine spokes.*

УДК 613.956:612.65:612.61-055.15

О.М. КУРМАНГАЛИЕВ, К.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.Ш. АБРЕШЕВА

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ – ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АКТОБЕ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация. Проведена комплексная оценка параметров полового развития мальчиков-подростков 14–16 лет, проживающих в различных районах города Актобе. Установлено, что у них наблюдается тенденция к задержке полового развития по Таннеру, проявившаяся некоторым отставанием в росте гениталий и оволосении лобка по сравнению с их сверстниками из контрольной группы. Отсутствие различий в общем физическом развитии, о чем свидетельствуют данные антропометрии, не исключает специфический (избирательный) характер воздействия урбаногенных факторов на растущий мужской организм, что характерно для солей тяжелых металлов.

***Ключевые слова*:** *мальчики-подростки; половое развитие; факторы окружающей среды.*

Введение. Западный Казахстан, включая регион Прикаспийской низменности, характеризуется широким спектром неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе антропогенного характера: засушливым климатом, высокой запыленностью воздуха вследствие постоянных ветров, недостатком пресной питьевой воды, повышенной минерализацией грунтовых вод. Указанные факторы диктуют необходимость изучения этиопатогенетических аспектов заболеваний органов мочеполовой системы в структуре общей заболеваемости населения в условиях экологически неблагоприятных регионов Казахстана [1]

Особо актуально в условиях кризисной зоны Западного Казахстана изучение региональных особенностей процессов роста и созревания детского организма, в частности, периода полового созревания мальчиков-подростков с целью раннего выявления и профилактики нарушений полового развития. Неадекватное поступление микроэлементов в организме приводит к возникновению заболеваний (микроэлементозов), в этиологии которых играет не только недостаток или избыток в организме микроэлементов, но и дисбаланс, включая аномальные соотношения микро- и макроэлементов [2]. Одним из самых сложных периодов развития ребенка –

Таблица – Результаты антропометрии и генитометрии

Группы	Исследованные показатели							
	Рост	Рост сидя	Вес	Длина ноги	Размах рук	Объем яичка	Длина пениса	Ширина пениса
СШ № 16 (49)	175,1667	-	60,5625	91,1020	172,3061	18,1	6,3265	2,9571
СШ № 29 (88)	173,4	129,5000	63,8	90,3409	172,6136	17,2	6,5864	2,9182
Контрольная (n - 30)	172,3	129,5116	60,1	88,7857	170,3214	17,1	7,1750	3,0607
P	P_1 >0,05 P_2 >0,05	P_2>0,05	P_1 >0,05 P_2 >0,05	P>0,05 P_2 >0,05	P>0,05 P_2 >0,05	P>0,05 P_2 >0,05	P_1<0,05 P_2<0,05	P_1>0,05 P_2 >0,05

пубертатный продолжается у мальчиков с 11-12 до 16-ти лет, по данным ВОЗ - от 10-ти до 20-ти лет. В это время наблюдается резкое увеличение скоростей роста – пубертатный скачок, касающийся всех размеров тела. Пубертат – это стадия развития организма, в течение которой происходит, с одной стороны, созревание полового аппарата и достигается репродуктивная способность. С другой стороны, одновременно продолжается и завершается соматический рост и совершенствование всех органов и систем. Этот период относится к одному из критических и представляет большой интерес, поскольку является периодом полового созревания, когда происходит формирование репродуктивной системы мужчин [3,4]. Избыточное накопление Pb, Cd, Hg в организме снижает содержание Zn в организме, что приводит к задержке роста, позднему половому созреванию у детей (особенно у мальчиков), снижению оплодотворяющей способности сперматозоидов, снижению сексуальной активности мужчин.

Целью исследования явилась оценка показателей полового развития мальчиков – подростков, проживающих в городе Актобе.

Объекты и методы исследования. Исследование полового развития проведено у мальчиков 14-16 лет, учащихся средних школ №16 и №29, расположенных в разных районах города. СШ № 16 расположена в районе «Жилгородок», находящемся вблизи двух крупных промышленных предприятий: Актюбинского завода хромовых соединений (АЗХС) и Актюбинского ферросплавного завода (АЗФ). СШ №29 расположена в экологически более «чистом» районе «Авиагородок». В качестве контрольной группы использованы аналогичные данные, полученные у мальчиков того же возраста, проживающих в сельской местности соседней Атырауской области, не подверженных влиянию указанных техногенных факторов.

В начале исследования проводили сбор и анализ анамнестических данных. Оценка физического развития и пропорциональности телосложения проводилась на основе антропометрических исследований - измерение роста стоя и сидя, длины ног, размаха рук и массы тела.

Оценка полового развития проводилась на основании визуального осмотра по шкале, разработанной Джоном Таннером в 1969 году[5]. Стадии полового развития учитывают результаты генитометрии и характер роста волос на лобке и отражают, по сути, уровень и активность тестостерона. Во всех случаях первая стадия по Таннеру считается препубертатной.

Орхиметрию проводили по общепринятой методике с использованием орхидометра Б.Я. Криворуцкого, при измерении длины и ширины пениса использовали пластиковую линейку.

Результаты и обсуждение. Результаты антропометрии и генитометрии мальчиков – подростков г. Актобе представлены в таблице.

Как следует из данных таблицы, антропометрические показатели двух исследуемых групп подростков не отличаются друг от друга. Показатели генитометрии выше у подростков, обучающихся в школе № 29, причем разница в длине полового члена статистически достоверна.

Стадии по Танеру у мальчиков СШ № 16 города распределились следующим образом: I стадия -4%, II ст.- 14%, III ст. – 45 %, IY ст. – 32 %. Стадии по Таннеру у мальчиков контрольного поселка существенно отличались и составили: I стадия – 0, II ст-10 %, III ст.- 17%, IY ст.- 73%. Из приведенных данных видно, что подростков контрольной группы с IY-ой стадией полового развития, характеризующейся значительным увеличением длины и ширины полового члена, а также яичек и мошонки, оволосения лобка, приближенным к взрослому типу было в 2 раза больше в процентном отношении, чем их сверстников из школы города. При сравнении стадий полового развития учеников СШ № 29 с контрольной группой школьников статистической разницы не выявлено.

Выводы:

1. У мальчиков - подростков, проживающих в т.н. «грязном» районе города наблюдается задержка полового развития, проявившаяся отставанием в росте гениталий по сравнению с таковыми их сверстников из контрольного поселка.
2. Отсутствие различий в общем физическом развитии, о чем свидетельствуют данные антропометрии, не исключает специфический (избирательный) характер воздействия урбаногенных факторов на растущий мужской организм, что характерно для воздействия солей

тяжелых металлов.

Список литературы:

1. Курмангалиев, О.М. Функциональное состояние почек у жителей региона интенсивной добычи нефти и газоконденсата / О.М. Курмангалиев // Здоровье и болезнь. – 2006. – №5(54). – С. 34 – 37.
2. Скальный, А.В. Микроэлементозы у детей: распространенность и пути коррекции / А.В. Скальный, Г.В. Яцык, Н.Д. Одинаева // Практическое пособие для врачей. – М.: КМК, 2002. – 86 с.
3. Исмаилов, С.И. Задержка полового развития у мальчиков пубертатного возраста / С.И. Исмаилов, З.Х. Мирзарахимова, К.К. Узбеков // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – № 8(40). – С. 9-12.
4. Environmental factors and puberty timing: expert panel research needs / G. M. Buck Louis et al. // Pediatrics. – 2008. – Vol.121(3). – P. 192–207.
5. Marshall, W.A. Variations in the pattern of pubertal changes in boys / W.A. Marshall, J.M. Tanner // Arch. Dis. Child. – №45(239). – 1970. – P. 13–23.

ТҮЙІН

О.М. КУРМАНГАЛИЕВ, К.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.Ш. АБРЕШЕВА

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖАСӨСПІРІМ ЕР БАЛАЛАРЫНЫҢ ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Ақтөбе қаласының әртүрлі аймақтарында тұратын 14-16 жастағы жасөспірім балаларының жыныстық жетілу параметрлеріне кешенді бағалау жүргізілді. Оларда жыныстық жетілудің Таннер бойынша жыныс мүшелері мен қасаға үстіндегі түктердің өсуінің бақылау тобындағы құрдастарымен салыстырғанда артта қалуы анықталған. Антропометриялық деректердің дәлелдегеніндей, жалпы физикалық дамуда айырмашылықтардың болмауы, урбаногенді факторлардың өсіп келе жатқан ер адам организіміне нақты әсерінің арнамалы екендігін сипаттайды, бұл ауыр металдардың тұздарына тән.

Негізгі сөздер: *жасөспірім ер балалар, жыныстық жетілу, қоршаған ортаның факторлары.*

SUMMARY

O.M. KURMANGALIYEV, K.G. SULEIMENOV, D.SH. ABRESHEVA

FEATURES OF SEXUAl DEVEIOPMENT OF ADOLESCENT BOYS IN AKTOBE CITY

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The complex estimation of parameters of the sexual development of adolescent boys aged 14 - 16 years had been done in Aktobe city. Adolescent boys in Aktobe city were found to have tendency to the delayed puberty according to Tanner score. Retarded sexual development is manifested by the some retardation in growth of genitals and escutcheon, in comparison with their peers from control group. The absence of differences in general physical development, as evidenced by anthropometry data, does not exclude the specific (elective) character of the impact of urbanogenic factors on growing male body, which is typical impact of hard metals salts.

Keywords**:** *adolescent boys; sexual development; environmental factors.*

УДК616.36-008.5:616-053.2

М.А. МАМЫРБАЕВА, Г.Д. ЖУМАГАЛИЕВА, К.Б. АБДРАХМАНОВ,
А.Б. ШИЛЬМАНОВА, Н.М. НУРГАЛИЕВ, Г.К. ИСМАМБЕТОВА

ТРАКТОВКА НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Аннотация. Врач, наблюдающий ребенка, должен уметь оценить индивидуальный «безопасный уровень» билирубина у новорожденного с желтухой и предвидеть его возможное нарастание. Анализ 645 историй развития детей с неонатальной желтухой, обусловленной инфекцией, находившихся под наблюдением в поликлиниках г.Актобе с 2012-2014гг., выявил недостатки наблюдения врачами ПМСП: а именно не все врачи помнят грозные симптомы осложненной гипербилирубинемии. Основной сложностью в ведении желтух новорожденных является, одной стороны, высокая частота неосложненных форм (56%). С другой стороны, риск осложнений в результате пропущенной патологической гипербилирубинемии очень велик. И это накладывает огромную ответственность на врача при постановке диагноза и выборе метода лечения. Исследуемые нами показатели заболеваемости внутриутробных инфекций, в частности ЦМВИ и ВПГ, не соответствуют действительности и занижены вследствие регистрации под другими диагнозами, преимущественно неонатальной желтухой. Поэтому необходим алгоритм выявления патологической желтухи.

Ключевые слова: *новорожденный, неонатальная желтуха, гипербилирубинемия, патронаж*

Актуальность. В практической деятельности врач первичной медико-санитарной помощи испытывает трудности дифференциальной диагностики синдрома желтухи у новорожденных, протекающих с затяжным течением. Неонатальная желтуха является частой проблемой, встречающейся у новорожденных [1,2,3]. Более 50% всех доношенных младенцев и 85% недоношенных младенцев являются явно желтушными в течение первой недели жизни. За последние десятилетия существенным образом менялись взгляды на тактику ведения детей с неонатальной желтухой, поэтому часто можно встретить расхождения во взглядах на эту проблему практических врачей-неонатологов.

Основной сложностью в ведении желтух новорожденных является,с одной стороны, высокая частота неосложненных форм (56%). С другой стороны, риск осложнений при пропущенной патологической гипербилирубинемии очень велик. И это накладывает огромную ответственность на врача при постановке диагноза и выборе метода лечения. Вероятность возникновения проблемы становится высокой в том случае, когда у новорожденного ребенка желтуха продолжается более трех недель.

Цель исследования. Выявление трудностей мониторинга новорожденных с неонатальной желтухой на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы 645 историй развития детей (форма 112/у) с неонатальной желтухой, обусловленной инфекцией, находившихся под наблюдением в поликлиниках г.Актобе с 2012-2014гг. Были выделены 2 подгруппы: новорожденные с неонатальной желтухой с клинико-лабораторными показателями поражения паренхимы печени с признаками цитолиза и холестаза - 285 детей и 360 новорожденных с гипербилирубинемией за счет непрямой фракции без синдрома цитолиза и холестаза. Врач, наблюдающий ребенка, должен уметь оценить индивидуальный «безопасный уровень» билирубина у новорожденного с желтухой и предвидеть его возможное нарастание.

Результаты исследования. Анализ историй развития детей выявил недостатки наблюдения врачами ПМСП,а именно: не все врачи помнят грозные симптомы осложненной гипербилирубинемии. Это, в свою очередь, приводит к экстренной госпитализации таких новорожденных в стационар с геморрагическим синдромом, вплоть до летального исхода. Не всегда для раннего выявления признаков опасной желтухи фиксируется и проводится регулярная клиническая оценка новорожденного (с интервалом 8-12 часов). Часто из-за выраженного метеоризма не определяются размеры печени и селезенки, их консистенция. Часть врачей шаблонно описывает желтушность кожных покровов без определения локализации желтухи по модифицированной шкале Крамера. Практически всегда просматривается насыщенный цвет мочи. В гарантированный объем исследования входят общий билирубин сыворотки, фракции билирубина (прямой и непрямой билирубин), уровень трансаминаз АЛТ и АСТ. Однако не учитывается уровень щелочной фосфатазы и ГГТП для исключения неонатального холестаза при патологии гепатобилиарной системы. Следует отметить, что диагнозами направившей организации при поступлении были не внутриутробная инфекция, а конъюгационная и/или неонатальная желтуха. Под диагнозом «неонатальная желтуха» от поликлиник №2 и №4 г. Актобе в 2010 году направлены 199 (5,6% от общего числа родившихся новорожденных, территориально прикрепленных), в 2011г. – 304 (8,1%), в 2012г. – 407 (9,8%), в 2013г. – 433 (9,8%) новорожденных. Число госпитализаций новорожденных с диагнозом «неонатальная желтуха» и младенцев старше 1-го месяца жизни с диагнозом «конъюгационная желтуха» увеличилось. Из их числа в 2011г. 5,59% находилось на стационарном

лечении с окончательным подтвержденным диагнозом «фетальный гепатит» - 5,59%, в 2012г. – 1,47%. Только в областной клинической больнице ежегодно количество больных с инфекционными вирусными гепатитами составляет от 4% до 4,8% от общего числа пролеченных. Это свидетельствует о противоречивых тенденциях распространенности поражения печени. И в связи с непредсказуемыми течениями неонатальной желтухи врачи амбулаторного звена, согласно стратегии интегрированного ведения болезней детского возраста , при выявлении «тяжелой желтухи» сразу направляют новорожденного в стационар. Анализ историй развития детей выявил следующие недостатки наблюдения врачами ПМСП:

- не все врачи помнят грозные симптомы осложненной гипербилирубинемии;

- к экстренной госпитализации таких новорожденных в стационар направляют уже с геморрагическим синдромом, вплоть до летального исхода.

Частота неонатальной желтухи среди новорожденных г.Актобе различна, составляет в разные годы без выявления тенденций в пределах 4,9-7,5% (показатель на 1000 детей первого года жизни 48,7 – 75,5). Дальнейшее обследование их методом ИФА и ПЦР обнаружило персистенцию вирусов в периферической крови. Внутриутробные инфекционные вирусные гепатиты среди новорожденных встречаются с частотой 1,15-2,2%, что согласуется с литературными данными. А показатель заболеваемости гепатитами на 1000 младенцев разнонаправлено: 13,5 – 21,9 – 11,5.

Типичные упущения врача при первичном патронаже новорожденного в роддоме:

- в 75% шаблонное описание желтухи. Не определяется локализация желтуха по модифицированной шкале Крамера.

- в 80% случаев не фиксируется и не выявляется насыщенный цвет мочи.

- в 98% не зафиксировано внимание на метеоризме и вздутии живота у новорожденного с желтухой.

- трафарентная запись в истории развития ребенка: «печень и селезенка не увеличены». В 62% не определялись размеры печени и селезенки.

При наличии желтухи на уровне ПМСП допускаются ошибки:

- 45% врачей помнят о симптомах;

- 55% знают грозные симптомы ОГБ.

Типичные упущения врача при наблюдении детей в амбулаторных условиях:

- в 63% не фиксируется раннее выявление признаков «опасной желтухи» и тем самым не проводится регулярная клиническая оценка новорожденного (с интервалом 8-12 часов) по протоколу.

- в 100% не выполняется пункт Протокола («Физикальное обследование»), а именно не оценивается цвет кожных покровов после легкого надавливания пальцем руки до уровня подкожно-жировой клетчатки.

Обсуждение полученных данных. Частота неонатальной желтухи среди новорожденных г. Актобе различна,составляет в разные годы без выявления тенденций в пределах 4,9-7,5% (показатель на 1000 детей первого года жизни 48,7 – 75,5). Дальнейшее обследование их методом ИФА и ПЦР обнаружило персистенцию вирусов в периферической крови. Внутриутробные инфекционные вирусные гепатиты среди новорожденных встречаются с частотой 1,15-2,2%, что согласуется с литературными данными [4,5,6].А показатель заболеваемости гепатитами на 1000 младенцев разнонаправлено: 13,5 – 21,9 – 11,5.В отношении герпесвирусных инфекций, следует различать понятия «инфицированность» и «заболеваемость», поскольку в случае инфицирования патология развивается далеко не всегда или её формирование носит отсроченный характер.

Для выявления распространенности инфицированности и заболеваемости нами проанализированы результаты исследований наличия антител к антигенам основных возбудителей TORCH-комплекса в периферической крови детей первого года жизни в сочетании с клиническими проявлениями. Анализ ИФА показал высокую выявляемость антител цитомегаловируса ЦМВ (99,0%) и вируса простого герпеса ВПГ (92,5%) среди обследованных детей первого года жизни, незначительное обнаружение антител ТОХО (17,6% – 10,2%) и хламидий (5%). Превалирующим было обнаружение ЦМВ IgG (91,7%), а ЦМВ IgM определялся лишь в 8,0% случаев. Таким образом, результаты показывают неоднородность клинических проявлений врожденных инфекций и отсутствие корреляционной связи обнаружения IgM и IgG к ЦМВ и ВПГ с клинической симптоматикой, свидетельствующей о трудностях диагностики врожденных герпесвирусных инфекций. Антитела ЦМВ-IgG всегда показывают персистенцию вируса во всех стадиях: в острую фазу, в период активации и вне активации ЦМВИ, различаясь только авидностью антител. Этому способствует незрелость иммунной системы новорожденного, персистенция трансплацентарно полученных антител от матери, иммунокомпреметированность защитно-компенсаторных механизмов в первый год жизни младенца. Наряду с ИФА необходимо проведение ПЦР.

По данным инфекционной заболеваемости установлено: частота «заболеваемости» ЦМВИ составляет 4,61, а частота «инфицированности» ЦМВ – 52,5, в целом – 57,2 на 1000 детей первого года жизни. Принимая во внимание, что из так называемых «инфицированных» 234 (51%) детей имели явные клинические проявления, то их следует отнести в группу заболевших. Аналогично, частота «заболеваемости» герпетической инфекцией составляет 0,35, а частота «инфицированности» простым герпесом I и II типов – 20,97, в целом – 21,3 на 1000 детей первого года жизни. Учитывая, что из так называемых «инфицированных» 63 (34%) младенца были с манифестацией клиники, их

также следует отнести к заболевшим. Это согласуется с литературными данными, что исходы инфицирования могут быть различными: от бессимптомной формы с адекватным иммунным ответом на внедрение вируса или формирования персистирующей инфекции до тяжелых генерализованных форм и смерти [7,8,9]. Следовательно, исследуемые нами показатели заболеваемости внутриутробных инфекций, в частности ЦМВИ и ВПГ, не соответствуют действительности и занижены вследствие регистрации под другими диагнозами, преимущественно неонатальной желтухой. Поэтому необходим алгоритм выявления патологической желтухи.

Выводы. Основной сложностью в ведении желтух новорожденных является, с одной стороны, высокая частота неосложненных форм (56%). С другой стороны, риск осложнений пропущенной патологической гипербилирубинемии очень велик. И это возлагает огромную ответственность на врача при постановке диагноза и выборе метода лечения. Для того чтобы не пропустить грозных симптомов и избежать возможных ошибок, нецелесообразно полагаться на опыт и интуицию, а лучше пользоваться четким алгоритмом действий, который принят в протоколе и позволяет выполнить все необходимые исследования в зависимости от дня жизни ребенка и появившейся симптоматики. Это позволяет предотвратить билирубиновую энцефалопатию при осложненной непрямой гипербилирубинемии любого характера, своевременно поставить диагноз и наметить план дальнейшего лечения и наблюдения.

Список литературы:

1. Неонатология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 749 с.
2. Ушакова, Р.А. Современные аспекты формирования затяжной желтухи у новорожденных детей / Р.А. Ушакова, О.П. Ковтун // Вестник Уральской медицинской академической науки. - 2010. - №2.- С. 33-36.
3. Аверьянова, Н.И. Связь конъюгационных гипербилирубинемий новорожденных с факторами перинатального риска / Н.И. Аверьянова, И.А. Мехрякова // Вопросы современной педиатрии. - 2006. – Т.5. - №1. - С. 12-16.
4. Zhumagaliyeva, G.D. Infection and Incidence of Herpes Viruses in Neonates in Aktobe Region of Kazakhstan» / G.D. Zhumagaliyeva, M.A. Mamyrbayeva // Biology and Medicine. – 2016. – 8(6). – P. 1-7. - DOI: 10.4172/0974-8369.1000333.
5. Мамырбаева, М.А. Роль внутриутробных инфекций в этиологии неонатальных желтух / М.А. Мамырбаева, Г.Д. Жумагалиева // Мать и дитя : сб. материалов XVI Всероссийского научного форума. - Москва, 2015. - С. 134-135.
6. Mamyrbayeva, M.A., Zhumagaliyeva G.D. Keeping Babies with Jaundice Syndrome in Primary Health Care / M.A. Mamyrbayeva, G.D. Zhumagaliyeva // Biomedical and Pharmacology Journal. – 2017. - 10(1). – P. 173-178.
7. Божбанбаева, Н.С. Клинические особенности внутриутробной цитомегаловирусной инфекции / Н.С. Божбанбаева // Педиатрия и детская хирургия. - 2009. - 2(56). - С. 13-14.
8. Ахмедова, Д.И. Клинико – диагностические особенности основных синдромов у детей при внутриутробном инфицировании TORCH / Д.И. Ахмедова, Т.О. Даминов, Ш.А. Агзамова // Детские инфекции. - 2009. - №1. - С. 29-31.
9. Рахманкулова, З.Ж. Внутриутробные инфекции у новорожденных: клинико-иммунологические механизмы, критерии прогноза, лечения: автореф. дис. … док. мед. наук / З.Ж. Рахманкулова. – Ташкент, 2012. – 40 с.

ТҮЙІН

М.А. МАМЫРБАЕВА, Г.Д. ЖҰМАҒАЛИЕВА, Қ.Б. АБДРАХМАНОВ, А.Б. ШИЛЬМАНОВА, Н.М. НҰРҒАЛИЕВ, Г.К. ИСМАМБЕТОВА

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕР МЕН ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ НЕОНАТАЛДЫ САРЫ АУРУЛАРЫНА ТҮСІНДІРМЕ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Казахстан

2012-2014 жж. Ақтөбе қаласындағы емханаларда байқалған инфекциядан туындаған неонаталдық сарғаюы бар балалардың 645 даму тарихы талданды. БМСК дәрігерлері байқаудың кемшіліктерін анықтады: атап айтқанда, күрделі гипербилирубинемияның қорқынышты белгілері барлық дәрігерлердің есінде. Жаңа туған нәрестелердегі сарғаюды басқарудағы негізгі қиындық, бір жағынан, қарапайым емес нысандардың (56%) жоғары болуы болып табылады. Бізде зерттелген интрауэриндік инфекциялар, әсіресе КМВИ және HSV ауруларының көрсеткіштері басқа диагноздарда, негізінен, неонаталды сарғаю кезінде тіркелмегендіктен шынайы емес және бағаланбайды.

***Негізгі сөздер*:** *жаңа туған нәресте, неонаталдық сарғаю, гипербилирубинемия, патронаж.*

SUMMARY

M.A. MAMYRBAYEVA, B.I. JUMAGALIYEVA, K.B. ABDRAKHMANOV, A.B. SHILMANOVA, N.M. NURGALIYEV, G.K. ISMAMBETOVA

THE TREATMENT OF NEONATAL JAUNDICE IN NEWBORNS AND CHILDREN

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Analysis of 645 histories of development of children with neonatal jaundice caused by infection were observed in polyclinics of Aktobe in 2012-2014. Physicians of PHC revealed the shortcomings of observation. The main difficulty in treating jaundice in newborns is a high incidence of uncomplicated forms (56%). The investigated rates of morbidity of intrauterine infections, in particular CMVI and HSV, are not true and have been underestimated due to registration under other diagnoses, mainly neonatal jaundice. Therefore, an algorithm for detecting pathological jaundice is needed.

Keywords: *newborn, neonatal jaundice, hyperbilirubinemia, patronage.*

УДК 616.349-009-089-053.2

А.О. МОМЫНКУЛОВ[1], А.К. ОРМАНТАЕВ[1], Н.М. МУРАДОВ[2],Э.Б.САЛАЕВ[2], Т.А. ШАСАИТОВ[2]

К ВОПРОСУ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДОЛИХОСИГМЫ У ДЕТЕЙ

[1]Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Университетская клиника «Аксай», Алматы, Казахстан

Аннотация. Проблема лечения детей с хроническими запорами до настоящего времени остается актуальной и социально значимой. Явления толстокишечного стаза значительно ухудшают качество жизни ребенка, отрицательно сказываются в целом на росте и развитии детского организма. Количество пациентов не имеет тенденции к снижению, а в некоторых регионах и областях Казахстана отмечается их увеличение.

Ключевые слова*: долихосигма, хронические запоры, консервативная терапия, хирургическое лечение.*

Происхождение долихосигмы учёные пока не могут определить однозначно. Одни относят её к патологиям развития толстой кишки, а другие – просто к пограничному состоянию или варианту нормального развития. По данным разных авторов, аномалия встречается в 20-28% детского населения [1,2,3].

Существует общепринятое комплексное лечение хронических запоров, которое включает в себя проведение объемной консервативной терапии и в крайних случаях, в результате ее неэффективности, проведение хирургического лечения [1,2,3,4]. Консервативная терапия - это длительное систематическое лечение, включающее в себя целый комплекс разнообразных мер в виде назначения специальных диет, проведение физиотерапии, лечебной физической культуры, массажа, санаторно-курортного лечения. Родители пациентов, педиатры региональных поликлиник, особенно отдаленных врачебных амбулаторий, сталкиваются со значительными трудностями при выполнении рекомендаций детского хирурга, гастроэнтеролога о проведении амбулаторного лечения. Трудности связаны с длительным применением специальных диет, проведением курсов физиотерапии, ЛФК, массажа, не говоря уже о поддержании консервативной терапии санаторно-курортным лечением.

На базе кафедры детской хирургии КазНМУ УК «Аксай» за период 2015-2017г. на стационарном обследовании и лечении находилось 56 детей с диагнозом: «ВПР толстой кишки. Долихосигма» (рисунок 1). У 7-ми детей в сочетании с долихоколон. Распределение детей по возрасту и половому признаку

2-петлистая долихосигма Многопетлистая долихосигма

Рисунок 1. Варианты удлинения толстой кишки

не имеет существенных особенностей. Это дети от 3-х до 14-ти лет. Мальчиков и девочек примерно равное количество. Средняя продолжительность запоров 7-10 дней. Всем пациентам проводили стандартное рентгенконтрастное исследование толстой кишки, где выявлены различные варианты и степени удлинения сигмовидной и других отделов толстой кишки. В повторной госпитализации и проведении консервативной терапии нуждались 16 детей. У 5-ти пациентов после консервативной терапии получен временный положительный эффект в виде самостоятельного стула. Консервативная терапия включала назначение очистительных клизм, специальных диет, проведение физиотерапии, лечебной физической культуры, массажа. Несомненно, эффективность консервативной терапии значительна, но проведение полноценного длительного лечения в отдаленных регионах сомнительна. Это подтверждается ухудшением состояния детей и отсутствием эффекта от проводимой терапии.

Анализируя состояние наших пациентов, полученные результаты первичного и повторного обследования в динамике, мы вынуждены изменить некоторые стандарты лечения данного заболевания и выбрать более активную хирургическую тактику.

За период с начала 2016 г. нами выполнены хирургические вмешательства 11-ти детям, у которых было значительное 2-3-х петлевое и более удлинение сигмовидной кишки. Оперативные вмешательства выполнены традиционным способом - резекция сигмовидной кишки с рассечением селезеночно-ободочной связки, низведением толстой кишки, наложением колоректального анастомоза по типу «конец в конец». Послеоперационный период протекал гладко. Пациенты выписаны на 7-10 сутки. При повторном осмотре через 3-4 месяца и через 1 год состояние детей удовлетворительное, запоры купировались, стул в среднем 1-2 раза в сутки. У 2-х пациентов отмечают эпизоды задержки стула на 2-3 суток в раннем послеоперационном периоде, в последующем купировались самостоятельно.

Таким образом, наш небольшой опыт заставляет нас задуматься и пересмотреть общепринятые подходы и стандарты лечения данной патологии толстой кишки. Однако это никаким образом не снижает всех преимуществ и достоинств комплексной программы терапии порока толстой кишки.

Список литературы:

1. Киргизов, И.В. Нарушение микроциркуляции у детей при хронических толстокишечных стазах / И.В. Киргизов, А.М. Супсоруков, В. А. Дударев // Проблемы колопроктологии. – М., 2000. - №17. - С. 579-583.
2. Бондаренко, С.Б. Комплексная программа лечения долихосигмы у детей: автореф. дис. … канд. мед. наук / С.Б. Бондаренко. - Ростов на Дону, 2008 г. – 22 с.
3. Акилов, Х.А. Лечение хронического колостаза при долихосигме у детей с реконструкцией ободочной кишки / Х.А. Акилов, Ф.Х. Саидов // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2014. - №1(48). – С. 11-15.
4. Цимбалова, Е.Г. Хронические запоры у детей / Е.Г. Цимбалова, А.С. Потапов, К.Н. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т.1. - №6. - С. 56–61.

ТҮЙІН

А.О. МОМЫНКУЛОВ[1], А.К. ОРМАНТАЕВ[1], Н.М. МУРАДО[2], Э.Б. САЛАЕВ[2], Т.А. ШАСАИТОВ[2]

БАЛАЛАРДАҒЫ ДОЛИХОСИГМАНЫ ЕМДЕУ ТӘСІЛІН ТАҢДАУ МӘСЕЛЕСІ

[1]С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан
[2]«Ақсай» Университеттік клиникасы, Алматы, Қазақстан

Созылмалы іш қатуымен ауыратын балаларды емдеу осы уақытқа дейін әлеуметтік және өзекті мәселе болып қалуда. Бала организмінің сапалы дамуы мен өсуіне тоқ ішектегі нәжістің тұрып қалуы кері әсері етеді. Қазақстанның кейбір облыстары мен аймақтарында осындай науқастардың саны азаюдың орнына, көбеюде.

Негізгі сөздер: *долихосигма, созылмалы іш қату, консервативті терапия, хирургиялық емдеу.*

SUMMARY

A.O.MOMYNKULOV,[1] A.K.ORMANTAYEV,[1] N.M.MURADOV[2], E.B.SALAYEV[2], T.A.SHASAITOV[2]

TO THE QUESTION OF CHOICE OF DOLICHOSIGMA TREATMENT TACTICS IN CHILDREN

[1]S.D.Asfendiyarov Kazakh national medical University, Almaty, Kazakhstan
[2]"Aksai" university hospital, Almaty, Kazakhstan

The problem of treating children with chronic constipation is still relevant and socially significant up to the present. The phenomena of colonic stasis significantly worsen the quality of life of the child, negatively affect the growth and development of the child's organism as a whole. The number of patients does not tend to decrease, and in some regions and regions of Kazakhstan there is an increase.

Keywords: *dolichosigma, chronic constipation, conservative therapy, surgical treatment.*

УДК 13058617-089

Г.И. САРСЕНБАЕВА, Ж.Б. БОЛАТБЕКУЛЫ, А.Ш. НАЛИБАЕВ

ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ВПС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ

Научный центр педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения РК, Алматы, Казахстан

Аннотация. Представлен анализ развития дисфункции желудочно-кишечного тракта у кардиохирургических пациентов детского возраста. В 63,3% случаях у детей отмечены признаки динамической кишечной непроходимости; у 36,7% новорожденных признаки некротизирующего энтероколита различной степени. Представлены особенности бактериологического пейзажа, клинических проявлений и рентгенологической картины в зависимости от типа нарушения кишечной функции. Показана роль гипоксии, гипоперфузии во время искусственного кровообращения, функционирования открытого артериального протока у «синих» пациентов в формировании рисков развития некротизирующего энтероколита.

Ключевые слова: *врожденные пороки сердца, дети, кардиохирургия, кишечная дисфункция, некротизирующий энтероколит, экстракардиальные заболевания.*

Актуальность. Наиболее сложной и наименее изученной проблемой в педиатрии остается некротизирующий энтероколит (НЭК) [1,2,5,6]. В детской кардиохирургии сниженная перфузия внутренних органов брюшной полости вызывается низким перфузионным давлением во время искусственного кровообращения, малым сердечным выбросом в послеоперационном периоде, усугубляющейся симпатической вазоконстрикцией вследствие стрессового ответа на операцию, а также введением экзогенных катехоламинов. Согласно данным литературы, некротизирующий энтероколит относится к тяжелым, сравнительно редким осложнениям, возникающим после оперативных вмешательств на сердце[3,4]. НЭК, возникающий в послеоперационном периоде, часто не распознается своевременно, ребенок, соответственно, не получает необходимого лечения, что может привести к фатальному исходу.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни 30-ти детей, госпитализированных в НЦПиДХ с врожденными пороками сердца и сосудов за период 2014- 2017гг.

Всем детям проведены стандартные методы исследования: ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, клинико-лабораторные иссследования, кровь на ВУИ, на прокальцитонин, иммунограмма, ангиокардиография, КТ и МРТ по показаниям, бактериологические иссследования мазков и мокроты, обзорная рентгенография брюшной полости в стандартных позициях.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых пациентов по возрастной структуре было новорожденных - 18 пациентов, детей до 6-ти месяцев- 10, старше 1 года – 2 детей. Всем пациентам проводилась терапия на основе междисциплинарного подхода с участием невролога, пульмонолога и хирурга-неонатолога, специалистов лучевой диагностики,

инфекциониста и нефролога.

Анализ клинических проявлений у детей в предоперационном и пост-операционном периодах показал, что в 19-ти случаях (63,3%) у детей отмечены признаки динамической кишечной непроходимости. Эту группу детей составили: 8 новорожденных (36,8%) и 12 пациентов постнеонатального периода. Все пациенты были после операции на сердце (2 пациента после суживания легочной артерии и 10 прооперированы в условиях искусственного кровообращения). В этой группе пациентов отмечались клинические симптомы в первые сутки после операции в виде умеренного равномерного вздутия живота, **скудное «светлое»** застойное желудочное отделяемое, выслушивалась вялая перистальтика кишечника. На серии обзорных рентгенологических снимков органов брюшной полости у данных пациентов отмечалось только **умеренное** газонаполнение кишечных петель. При бактериологическом мониторинге у детей до операции и после (мазки из зева, кровь и бак.посев кала) выделена условно патогенная микрофлора в 36,8% случаях.

В данной группе пациентов проводилась консервативная терапия паретической послеоперационной кишечной непроходимости и интенсивная терапия соматического статуса. Мероприятия были эффективны, что позволило купировать симптомы кишечной патологии у пациентов без развития осложнений.

Самой сложной и тяжелой группой пациентов после операции на сердце и сосудах были дети с ВПС, у которых развились признаки некротизирующего энтероколита (НЭК) – 11 пациентов (36,6%). 10 детей были периода новорожденности, 1 пациент старше 5-ти лет (после операции Фонтена с тяжелой полиорганной недостаточностью, находившийся на диализе).

В этой группе пациентов с «бледными» ВПС были: 1- с критической коарктацией аорты, у которого во время операции было длительное пережатие нисходящей аорты, что повлияло на снижение кровотока брюшной аорты с брыжеечными артериями; 3 пациента (с перерывом дуги аорты, дефектом межжелудочковой перегородки с коарктацией аорты. Пациентов с «синими» ВПС было 4 (с транспозицией магистральных соудов-2, тотальный аномальный дренаж- 1, атрезия легочной артерии-1). В 2-х случаях (25%) выполнена операция без искусственного кровообращения (при атрезии легочной артерии- наложение системно-легочного анастамоза и резекции коарктации аорты) и в 75% случаях в условиях длительного ИК (больше 60 минут и гипотермии, в 3-х случаях –с циркуляторным арестом). Послеоперационный период в данной группе пациентов протекал тяжело за счет развития тяжелого постперфузионного синдрома, сердечной недостаточности, полиорганных нарушений.

В этой группе у 7-ми (63,6%) пациентов диагностирован «неосложненный» НЭК 1-ой и 2-ой стадии; у 4-х (36,3%) – НЭК с развитием перитонита и перфорации кишечника. В большинстве случаев это дети с ВПС, перенесшие операцию на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения и находившиеся больше 7-ми суток на искусственной вентиляции легких в связи с сердечной недостаточностью и полиорганными нарушениями, сепсиса.

Пациенты, у которых диагностирован неосложненный НЭК, клинические проявления были в виде: **неравномерно повышенного** вздутия живота, вялая кишечная перистальтика**, умеренное застойное дуоденальное содержимое** из назогастрального зонда, отсутствие стула. При лучевой диагностике отмечалось неравномерное газонаполнение ЖКТ. При рентгено-контрастном исследовании наблюдались проявления динамической кишечной непроходимости, феномен «статичной» петли. При УЗИ брюшной полости определяется неравномерная, умеренно выраженная дилатация петель кишечника, вялая перистальтика или ее отсутствие. Все пациенты регулярно осматривались неонатальным хирургом, проведена консервативная терапия НЭК(адекватная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры и с метронидазолом, полное парентеральное кормление с декомпрессией ЖКТ, терапия низкого сердечного выброса, коррекция гипоксемии и электролитного баланса, микроциркуляции, иммунотерапии), что позволило в динамике купировать признаки НЭК. При бактериологическом исследовании мокроты в большинстве случаев высевалась смешанная культура: Strep. Spp,. Staph. spp ,Enterobacter spp. При исследовании крови на гемокультуры в 2-х случаях выявлен –Staph. Intermedius, у остальных 5-ти пациентов - гемокультура чистая. Преобладающей флорой у 4-х пациентов, находящихся в ОРИТ на ИВЛ, были Staph. Spp, в основном, коагулазаотрицательные, мультирезистентные стафилококки, Strep. s pp –у 2-х пациентов, далее следуют по значимости представители семейства Eterobacteriaceae – 2 пациента и грибы рода Candidaspp в 1-м случае. Из семейства энтеробактер отмечен высев клебсиеллы, мультирезистентной к антибиотикам.

В 4-х случаях (13,3%) у пациентов с НЭК 3-ей и 4-ой стадии развились осложнения в виде предперфорации и перфорации кишечника с перитонитом. Согласно нашему анализу, эту тяжелую группу пациентов составили пациенты с «синими» ВПС, с выраженной тяжелой артериальной гипоксемией до операции. Все новорожденные поступили в клинику в очень тяжелом состоянии за счет выраженной гипоксемии, сердечной недостаточности, без инфузии вазопростана на этапе ПСМП. В анамнезе пациенты перенесли интранатальную гипоксемию (по АПГАР 3-5-6 баллов, отягощенный акушерский анамнез, внутриутробная пневмония). В структуре ВПС у этих детей были в 75% новорожденные с простой формой транспозиции магистральных сосудов (ТМС), у 25 % - тотальный аномальный дренаж легочных вен без дефекта в межпредсердной перегородке. Учитывая дуктус-зависимый ВПС и выраженную артериальную гипоксемию, после проведения предоперационной подготовки, по жизненным показаниям, все новорожденные были прооперированы в условиях ИК (более 120 минут) и глубокой гипотермии. Согласно анализу постоперационного течения, у всех пациентов отмечен тяжелый постперфузионный синдром: сердечная слабость, ДН, неврологические нарушения, все пациенты находились на длительной ИВЛ больше 2-х недель. У всех детей в первые сутки развилась острая почечная недостаточность (ОПН), в дальнейшем

септическое состояние. В 3-х случаях сепсис протекал по гиперэргическому типу с выраженным лейкоцитозом, повышением прокальцитонина и СРБ, интоксикацией, а в 1-м случае по гипоэргическому типу с лейкопенией, без гипертермии, с умеренным повышением прокальцитонина. У всех детей отмечалось вздутие живота, вялая перистальтика, гастродуоденальное обильное отделяемое из зонда. После операции на фоне ОПН, синдрома «капиллярной утечки» у всех пациентов отмечалась выраженная отечность мягких тканей и дифференцировать отек передней брюшной стенки, характерный для перитонита, было невозможно.

Все пациенты регулярно осматривались неонатальными хирургами, ежедневно проводился контроль лучевой диагностики острой хирургической патологии со стороны живота. В 1-м случае у пациента с тотальным аномальным дренажом с гипоплазией левого желудочка после операции диагноз «НЭК» не выставлен-перфорация и перитонит был клинической находкой при патоморфологическом исследовании на вскрытии. У данного пациента после операции на фоне гипоплазии левого желудочка отмечался выраженный низкий сердечный выброс и проводилась терапия высокими дозами катехоламинов. В 3-х случаях после коррекции ТМС хирургами выставлялся риск реализации НЭК. У всех детей на серии динамичных обзорных рентгенснимках - данных за острую патологию со стороны брюшной полости не было. Установлено неравномерное повышенное вздутие петель кишечника, данных за пневмоперетонеум не было. При сонографии наблюдалась во всех случаях выраженная гиперпневмотизация кишечника, наличие асцита между петлями кишечника было расценено как проявление анасарки при ОПН. В 1-м случае в динамике развилась картина ограниченного перитонита, этому пациенту первым этапом проведен лапароцентез дренированием брюшной полости, однако в динамике, учитывая наличие прогрессирования перитонита, проведена лапаротомия. В 2-х случаях, где выставлен риск НЭК, во время проведения установки перитонеального дренажа было получено из брюшной полости каловое содержимое и диагностирована перфорация кишечника. Однако на этот момент, при проведении рентгенографии брюшной полости в фронтальной и латеральной позициях у этих пациентов признаков за острую хирургическую патологию, в частности перфорацию кишечника, не было. Всем детям проведена по экстренным показаниям лапаротомия с резекцией и выведением кишечной стомы. Интраоперационно при лапаротомии выставлен разлитой каловый перитонит с перфорацией кишечника, гистологически подтвержденный, взяты бактериологические анализы. Согласно зарубежным авторам, наиболее часто причиной НЭК становятся Kl. pneumonia, E. coli, клостридии, стафилококки, стрептококки и грибы рода Candida. При этом важно отметить, что у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии, где бактериальная колонизация кишечника ребёнка протекает крайне агрессивно, осматриваются хирургом уже на стадии перитонита или перфорации кишки, по факту случившейся катастрофы в брюшной полости.

В наших наблюдениях в 1-м случае бак. посев содержимого брюшной полости выявил наличие клебсиеллы. В 2-х случаях- условная патогенная флора. В 1-м случае при поступлении у пациента с внутриутробной пневмонией была уже бактеремия с высевом стафилоккока, которая после операции на сердце в условиях ИК осложнила течение и развитие септических осложнений, в том числе перитонита. Все эти дети получали интенсивную терапию, включающую антибиотики широкого спектра, иммуномодуляторы, парентеральное кормление, терапию низкого сердечного выброса, длительная ИВЛ более 3-х недель. Несмотря на проводимую терапию, в этой группе пациенты были с летальным исходом. Причина смерти - полиорганная недостаточность и септическое состояние. Проявления НЭК и перитонита явились осложнением септического состояния.

Анализируя данные пациентов, можно сказать, что более 80% наших пациентов перенесли операцию в условиях ИК. Согласно литературе, как после хирургических вмешательств в условиях искусственного кровообращения, так и под гипотермией опасность развития осложнений существует после каждой операции на сердце [Мешалкин Е.Н, 1973,1985]. Наибольшая частота осложнений наблюдается в группах сложных, особенно цианотичных или сочетанных ВПС. Решающее значение на развитие осложнений, токсического и ишемического генеза оказывали сепсис, полиорганная и сердечная недостаточность, превышение времени операции с ИК. И, что возможно, что непульсирующий кровоток во время ИК, послеоперационный синдром низкого сердечного выброса, использование прямых и непрямых антикоагулянтов являются провоцирующими факторами развития осложнений, в том числе со стороны желудочно-кишечного тракта и ишемию кишечника. В 60% случаев с проявлениями НЭК и динамической кишечной непроходимости были пациенты неонатального периода, в том числе у которых была перфорация кишечника и перитонит. Именно эта группа является уязвимой, где провоцирующие факторы могут вызвать тяжелые осложнения. Некротический энтероколит новорожденных–полиэтиологическое заболевание. Основными патогенетическими факторами являются гипоксия и ишемия в перинатальном периоде, нерациональное питание новорожденного и заселение кишечника аномальными микроорганизмами. В наших исследованиях у пациентов с тяжелыми проявлениями НЭК, поступивших в очень тяжелом состоянии, была интранатальная гипоксемия и внутриутробная пневмония, которая усугубилась после операции в условиях ИК и гипотермии. В случаях с «синими» ВПС с наличием открытого артериального протока (ОАП) происходит диастолическое обкрадывание брыжеечных артерий, что также возможно является фактором ишемии кишечника. В литературе описаны случаи НЭК у недоношенных с функционированием ОАП, однако исследований влияния ОАП при синих ВПС на кровоток в кишечнике мы не нашли, что требует изучения в дальнейшем. Что касается

влияния катехоламинов на организм, то известно, что они вызывают спазм сосудов брюшной полости. В наших случаях все пациенты получали экзогенные катехоламины: адреналин, норадреналин, допмин. В группе с низким сердечным выбросом кардиотоническая поддержка была высокими дозами катехоламинов.

По нашим наблюдениям, типичные клинические признаки перфорации кишечника и перитонита у «синих» пациентов, у «отечных» пациентов, находящихся длительно на инфузии миорелаксантов и морфине в раннем послеоперационном периоде маскируются. Клиническая картина острой хирургической патологии в брюшной полости отличалась особенностями, как клиническими, так диагностическими, поскольку нивелировась общим тяжелым состоянием пациента после операции на сердце в условиях ИК и особенностью ВПС.

Таким образом, согласно нашим клиническим наблюдениям, можно сделать следующие выводы:

1. Наличие фоновой патологии, отягощенного анамнеза, интранатальной гипоксии, неадекватной интенсивной терапии на уровне ПСМП у детей, в особенности с «синими», дуктус-зависимыми ВПС, является риском развития осложнений после операций в условиях ИК и гипотермии, в том числе НЭК.

2. В группе риска пациентов по развитию НЭК и перфорации кишечника после операции на сердце необходимо проводить комплекс исследований лучевой диагностики (рентген, УЗИ и компьютерную томографию).

3. Наличие гиперпневматизации и секвестрации жидкости между петлями кишечника при сонографии брюшной полости можно расценить как предиктор развития тяжелого НЭК и перитонита.

4. В группе тяжелых пациентов, находящихся на длительной ИВЛ, инфузии морфина, миорелаксантах, с признаками анасарки, интерпретация рентгенологической картины и клиники острой хирургической патологии в брюшной полости может быть затруднена.

Список литературы:

1. Арапова, А.В. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных / А.В. Арапова, Е.Б. Ольхова, В.Е. Щитинин // Детская хирургия. - 2003. - № 1. - С. 11-15.
2. Караваева, С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей / С.А. Караваева // Вестник хирургии. - 2002. - Т.161. - №4. - С. 41-46.
3. Соколова, О.В. Стрессовые повреждения желудочно-кишечного тракта при синдроме полиорганной недостаточности / О.В. Соколова // Вестник Национального Медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2012. - Т.7. - №2. - С. 111-117.
4. Шевченко, Ю.Л. Осложнения со стороны пищеварительной системы в госпитальном периоде после кардиохирургических операций / Ю.Л. Шевченко [и др.] // Вестник Национального Медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2014. - Т.9. - №1. - С. 14-18.
5. Necrotizing enterocolitis: review of state-of-the-art imajing findings with pathologic correlations / M. Epelman et al. // Radiographics. - 2007. - Vol.27. - P. 285-305.
6. Brook, I. Microbiology and management of neonatal necrotizing enterocolitis / I. Brook // Am. J. Perinatol. - 2008. - Vol.25. - P. 111-118.

ТҮЙІН

Г.И. САРСЕНБАЕВА, Ж.Б. БОЛАТБЕКҰЛЫ, А.Ш. НАЛИБАЕВ

ТУА БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЫ БАР БАЛАЛАРҒА ЖАСАЛҒАН КАРДИОХИУРГИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСФУНКЦИЯСЫ

ҚР ДСМ Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы, Қазақстан

Мақалада балалар жасындағы кардиохирургиялық пациенттердің асқазан-ішек жолдары дисфункциясының материалдары көрсетілген. 63,3% жағдайда балаларда ішектің динамикалы тарылуының белгілері, 36,7% нәрестеде өліеттенген энтероколиттің әртүрлі деңгейдегі белгілері байқалды. Ішек қызметі бұзылысының түрлеріне байланысты бактериологиялық пейзаж, клиникалық біліну және рентгенологиялық көріністің ерекшеліктері ұсынылды. Өліеттенген энтероколиттің даму тәуекелдерінің қалыптасуында жасанды қан айналымы кезінде,

SUMMARY

G.I. SARSENBAYEVA, ZH.B. BOLATBEKULY, A. SH. NALIBAYEV

DISFUNCTION OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASES AFTER HEART OPERATIONS

“Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery” of the Ministry of Health of RK, Almaty, Kazakhstan

The article presents the material disfunction of the gastrointestinal tract in cardiac surgery patients. In 63,3% of cases in children, the signs of dynamic intestinal obstruction are marked; 36.7% of newborns signs of necrotizing enterocolitis varying degrees are marked. Bacteriological features of the landscape, the clinical manifestations and radiographic picture depending on the type of violation intestinal function. The role of hypoxia, hypoperfusion during artificial blood circulation, the functioning of patent ductus arteriosus in “blue” patients in the formation of the risk of development of necrotizing enterocolitis.

«көгерген» пациенттердегі ашық артериалдық өзектің жұмыс істеуі кезінде гипоксияның, гипоперфузияның рөлі көрсетілген.

Негізгі сөздер: *туа біткен жүрек ақауы, балалар, кардиохирургия, ішек дисфункциясы, өліеттенген энтероколит, экстракардиалдық ауру.*

Keywords*: congenital heart disease, children, cardiac surgery, intestinal dysfunction, necrotizing enterocolitis, extracardiac disease.*

УДК 616.329-003.6-053.2-08

В.В. САРСЕНОВА, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ, С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, Р.А. КЕНЖАЛИНА, И.М. НУРГАЛИЕВ, К.Ж. АЛЬТАЕВ

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Аннотация. В последние годы значительно увеличилась частота случаев заглатывания детьми химически активных инородных тел, а именно дисковых (кнопочных) батареек. Батарейки составляют до 10-15 % от общего количества инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей. Опасность этих инородных тел в том, что при нахождении в пищеводе они достаточно быстро, в течение 2-3 часов, могут вызывать тяжелые осложнения в результате как токсического воздействия, так и электрохимического ожога (ожоги, некроз, кровотечение, воспаление, перфорация).

Причиной длительной экспозиции батарейки в пищеводе могут быть анатомо-физиологические сужения или сопутствующая патология (стенозы, дивертикулы).

Ключевые слова: *батарейки, химически активные инородные тела (ХАИТ), осложнения.*

Актуальность. Как известно, во всем мире широко распространено использование игрушек, бытовых электронных приборов и механизмов, работающих на батарейках, привлекательная форма самих батареек способствует увеличению случаев их заглатывания, особенно детьми раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Батарейки являются химически активными инородными телами (ХАИТ), так как в их составе имеется щелочной компонент, который вызывает наиболее опасные последствия из всех ожогов пищевода. Во время проникновения щелочи в слизистую происходит омыление жиров и разрушение белковой структуры, вследствие чего органические ткани превращаются в студенистую массу. Очень быстро окисляясь, батарейка начинает выделять химически активные вещества (щелочь), которая вызывает коликвационный некроз стенки пищевода и может в дальнейшем привести к перфорации. Кроме того, в результате резорбции химических веществ и продуктов их некролиза происходят интоксикация организма, нарушение КЩС, метаболический ацидоз или алкалоз, полиорганная недостаточность [1, 2, 3, 4, 5].

Всем детям после удаления инородного тела из пищевода (батарейки) проводилась эндоскопическая диагностика на предмет наличия химического ожога пищевода по степеням тяжести.

При химических ожогах пищевода 1-ой степени происходят повреждения поверхностных слоев эпителия, отмечается гиперемия, отек, повышенная ранимость слизистой оболочки (десквамативный эзофагит).

Вторая степень ожога характеризуется повреждением слизистого и часто подслизистого слоев, наступает выраженный отек, фибринозные наложения, покрывающие изъязвления, просвет может не дифференцироваться (фибринозный, эрозивный эзофагит).

При III-ей степени некроз захватывает стенку органа на всю глубину, вплоть до околопищеводной клетчатки (язвенно- некротический эзофагит).

Воспалительные явления сохраняются до 24-х дней (при 1 степени), поверхностные язвы эпителизируются к концу 2 - 3 недели (при 2 степени). Продолжительность течения процесса отторжения и рубцевания, в случае благополучного исхода интенсивной первичной терапии до 2-х и более лет (при 3 степени).

В нашей практике частота химических ожогов пищевода после заглатывания ХАИТ 2-3 степени составила около 90%. Такие высокие показатели напрямую зависили от экспозиции нахождения ХАИТ в пищеводе.

В период за 2014-2017гг. в детский стационар Актюбинского медицинского центра поступило 12 детей с ХАИТ (дисковые батарейки). Все дети были девочки в возрасте до 3-х лет.

В раннем периоде до 2-3 часов поступило 2 детей, остальные пациенты обратились за помощью в стационар после 5-24 часов после факта проглатывания ХАИТ. Все дети были госпитализированы в хирургическое отделение.

Жалобами при поступлении были гиперсаливация, рвота, дисфагия, отказ от еды, слабость, вялость. У всех больных при наличии указания на заглатывание ХАИТ изучался анамнез, проводились стандартные методы обследования: обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС), общий анализ крови и мочи. Локализация инородного тела у всех детей отмечалась в 1-м физиологическом сужении пищевода. Во всех случаях после удаления ХАИТ из пищевода в экстренном порядке проводили эндоскопический контроль для диагностики осложнений в виде ожога пищевода.

После установления диагноза химического ожога пищевода (1 степени – 2 детей (16,6%), поступивших в раннем периоде после факта заглатывания ХАИТ), 2-3 степени – 10 детей (83,4%)), детям проводилось: адекватное обезболивание, противовоспалительное лечение - антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия. С целью улучшения регенерации слизистой пищевода назначался Кызыл – май в возрастной дозировке. Дети с ожогами пищевода 1-ой степени выписывались после получения противовоспалительной терапии. Детям с ожогами пищевода 2-3 степени проводилось профилактическое бужирование для предотвращения стенозирования пищевода.

Результаты исследования. Зная и учитывая возможные осложнения после удаления ХАИТ, сопровождающимися ожогами пищевода, детям с ожогами пищевода 2-3 степени проводилось профилактическое бужирование, 3 раза в неделю в течение 3-х недель для предупреждения рубцового стеноза пищевода, после чего выполняли повторную эзофагоскопию и уточняли степень ожога. Дети со второй степенью ожога выписывались под амбулаторное наблюдение, так как ожог второй степени не приводит к формированию рубцового сужения, дети с третьей степенью продолжались бужироваться в течение 1-го года по следующей схеме: 3 раза в неделю в течение 3-х недель в стационаре, далее выписывали ребенка на амбулаторное бужирование 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем 2 раза в месяц в течение 2-3 месяцев, 1 раз в месяц в течение полугода. Контроль состояния проводился с помощью эзофагоскопии каждые 3 месяца.

Клинический случай. Ребенок 2 года, 8 месяцев поступил в отделение хирургии детского стационара Актюбинского медицинского центра с диагнозом «инородное тело пищевода» через 3 часа от момента заглатывания, со слов родителей, инородным телом, является дисковая батарейка. В экстренном порядке ребенку была выполнена рентгенография грудной клетки, на которой отмечается округлая тень контрастного инородного тела в 1 физиологическом сужении пищевода (рис.1).

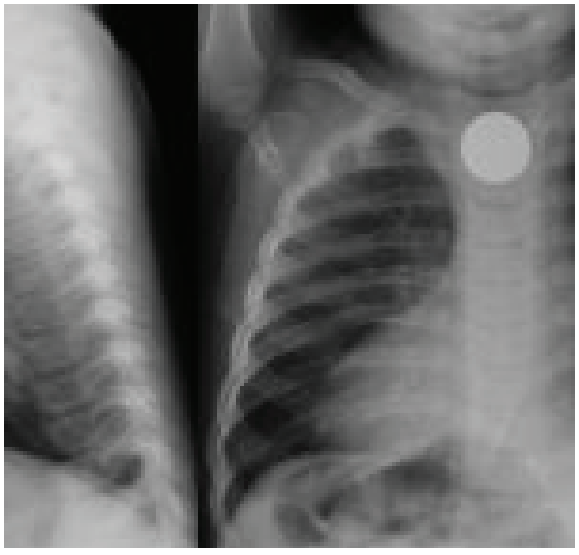


Рисунок 1. Рентгенография грудной клетки.

Также ребенку проведено эндоскопическое исследование с удалением инородного тела и диагностикой на наличие химического ожога. При видеоэзофагоскопии в месте нахождения инородного тела (дисковая батарейка) отмечалось обильное наложение фибрина, отек, контактная кровоточивость (рис.2). После удаления инородного тела ребенок находился на стационарном лечении в хирургическом отделении и получал консервативное лечение с бужированием пищевода по схеме (тактика как при лечении ожогов пищевода). Особенностью было то, что предварительно ребенку была наложена гастростома и проведена нить для бужирования, чтобы предотвратить осложнение – перфорацию пищевода.

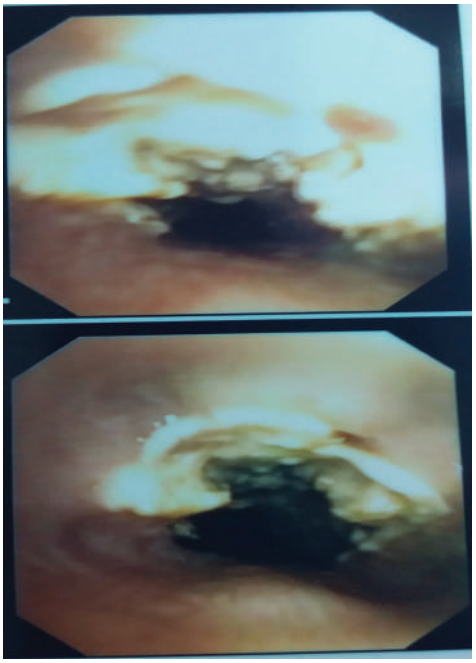


Рисунок 2. Химический ожог пищевода.

После года лечения проходимость пищевода полностью восстановлена (рис.3). Родителям рекомендована контрольная эзофагоскопия 1 раз в год.

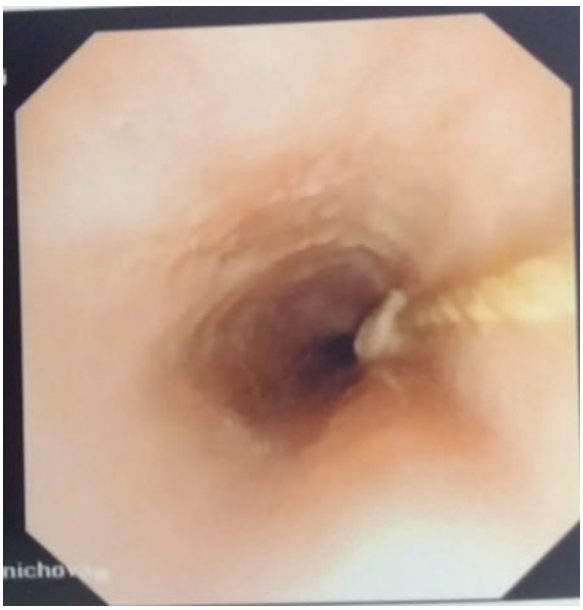


Рисунок 3. Восстановлена проходимость пищевода.

Обсуждение полученных данных. Химически активные инородные тела (батарейки) являются опасными инородными телами, которые могут вызывать тяжелые осложнения, угрожающие жизни ребенка. Поэтому все дети, проглотившие ХАИТ, должны быть госпитализированы в специализированный стационар в экстренном порядке для удаления, диагностики осложнений и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Для диагностики уровня расположения инородного тела следует использовать ВЭГДС и обзорную рентгенографию шеи, органов грудной и брюшной полости предпочтительнее в двух проекциях (передней и боковой). ВЭГДС позволяет не только удалить инородное тело, но и выявить возможные осложнения.

Заключение. Дети, поступившие с химически активными инородными телами пищевода, после их удаления должны быть выписаны только после эндоскопического подтверждения отсутствия химического ожога пищевода.

Считаем также необходимым проведение всеохватывающей профилактической работы по предотвращению заглатывания ХАИТ.

Список литературы:

1. Садчикова, Р.В. Химические ожоги пищевода у детей / Р.В. Садчикова, А.Ю. Разумовский // Анналы хирургии. - 2001. – № 3. – С. 20–24.
2. Алексеенко, С.И. Химические ожоги пищевода у детей: особенности диагностики, лечения и профилактики осложнений: дис. … канд. мед. наук. / С.И. Алексеенко. - СПб., 2006. – 136 с.
3. Салахов, Э.С. Лечение детей с химическими ожогами пищевода второй и третьей степени: автореф. дис. … канд. мед. наук. / Э.С. Салахов. - СПб., 2008. – 23 с.
4. К вопросу о химических ожогах пищевода у детей / Э.С. Салахов [и др.] // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии : сб. материалов IV российского конгресса. – Москва, 2005. – С. 433
5. Wahbeh, G. Foreign body ingestion in infants and children: location / G. Wahbeh, R. Wyllie, M. Kay // Clin Pediatr (Phila). – 2002. - 41(9). – P. 633-640.

ТҮЙІН

В.В. САРСЕНОВА, Б.К. ДЖЕНАЛАЕВ,
С.П. ДОСМАГАМБЕТОВ, Р.А. КЕНЖАЛИНА,
И.М. НУРГАЛИЕВ, К.Ж. АЛЬТАЕВ

БАЛАЛАРДЫҢ ӨҢЕШІНДЕГІ ХИМИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ БӨГДЕ ЗАТТАРДЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ, ЕМДЕУ ТӘСІЛІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Соңғы жылдары балалардың химиялық белсенді бөгде заттарды жұтып қою фактілері жиі кездесуде, соның ішінде дискілі батарейкаларды жұтып қою ерекше орын алады. Асқазан-ішек жүйесіндегі бөгде заттардың 10-15%-ы батарейкалар болып табылады. Батарейкалардың әсерінен 2-3 сағатта ағза ішінде электрохимиялық, токсикалық күйіктің күрделі түрі пайда болады (соның себебінен некроздың, қабынудың, қан кетудің, перфорацияның асқынуы болады). Батарейкалардың өңеште ұзақ мерзім болуының себебі: өңештің анатомиялық-физиологиялық құрылысының ерекшелігі немесе қосымша патологиялар (дивертикулдар, стеноздар).

Негізгі сөздер: *батарейкалар, химиялық белсенді бөгде заттар, асқынулар.*

SUMMARY

V.V. SARSENOVA, B.K.JENALAYEV,
S.P.DOSMAGAMBETOV, R.A.KENZHALINA,
I.M.NURGALIYEV, K.Z.ALTAYEV

COMPLICATIONS OF CHEMICALLY ACTIVE ESOPHAGEAL FOREIGN BODIES IN CHILDREN, TREATMENT SRATEGY

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

In recent years, the frequency of cases of ingestion of chemically active foreign bodies in children, i.e. disk (button) batteries has increased significantly. Batteries constitute up to 10-15% of the total number of foreign bodies of the gastrointestinal tract in children. The danger of these foreign bodies is that they can cause severe complications as a result of both toxic effects and electrochemical burn (burns, necrosis, bleeding, inflammation, perforation) in the esophagus for 2-3 hours. The reason for the long exposure of the battery in the esophagus can be anatomical-physiological narrowing or concomitant pathology (stenoses, diverticula).

Keywords: *batteries, chemically active foreign bodies (CAFB), complications.*

УДК 616.34-007.64

К.ТУРСУНОВ[1], М.Е. КАПТАГАЕВ[2], А.А. САГЫМБАЕВА[3], А.А. САГЫМБАЕВА[1]

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

[1]Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан,
[2]Центр детской неотложной медицинской помощи, Алматы, Казахстан,
[3]Казахский медицинский университет непрерывного образования,
Алматы, Казахстан

Аннотация. В статье изучены частота, особенности клинического течения, диагностика, тактика и результаты хирургического лечения дивертикула Меккеля в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости у детей. По нашим данным, дивертикул Меккеля в 94.4% является случайной интраоперационной находкой. Частота осложненного течения дивертикула Меккеля встречается у 22,2% больных. Рациональным методом хирургического лечения дивертикула Меккеля считается лапароскопическая дивертикулэктомия.

Ключевые слова: *дивертикул Меккеля, острый аппендицит, перитонит, дети, лечение, лапароскопия, лапаротомия.*

Актуальность. Врачи любой специальности могут столкнуться с так называемым синдромом «острого живота». Синдром «острого живота» – это симптомокомплекс острых хирургических заболеваний, которые нуждаются в неотложной диагностике или хирургическом лечении. Как говорил Пайр, «Симптомы нужно не подсчитывать, а взвешивать», поэтому в таких случаях первостепенной задачей является подтвердить или исключить «острый живот», в том числе острый аппендицит (ОА) и его осложнения, так как данное заболевание является самой частой патологией в структуре синдрома «острого живота» в ургентной хирургии детского возраста. Известно, что частота острого аппендицита составляет 90-94% среди всей острой хирургической патологии органов брюшной полости у детей [1]. Также в стуктуре синдрома «острого живота» немаловажную роль играет дифференциальная диагностика, очень схожая по клиническому проявлению дивертикула Меккеля (ДМ). По данным некоторых авторов, ДМ составляет 88% от всей патологии желточного протока [2,3], который, в основном, встречается у детей от 6-ти до 10-ти лет [4]. Неосложненное течение дивертикула Меккеля с клинической точки зрения ничем себя не проявляет, поэтому в большинстве случаев данная врожденная патология желточного протока является «случайной находкой» при различных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости. Из-за анатомо-топографической близости расположения наибольшее затруднение вызывает дифференциальная диагностика осложненного течения дивертикула Меккеля от острого аппендицита и его осложнений [5]. Также дивертикулит Меккеля чреват таким грозным осложнением как острое кишечное кровотечение, деструктивные воспалительные изменения стенки дивертикула, вплоть до гангренозной перфорации ДМ с развитием перитонита, инвагинацией кишечника и механической кишечной непроходимостью [6].

В современной литературе почти отсутствует публикация о частоте, об особенности клинического течения и дифференциально-диагностических критериев дивертикулита Меккеля, нет четких пониманий о тактике лечения при осложненном течении или при «случайной» интраоперационной находке дивертикула Меккеля.

В связи с вышеизложенным, проблема осложненного течения дивертикула Меккеля является достаточно актуальной в структуре «острого живота» у детей.

Цель исследования: Изучить частоту, особенности клинического течения и диагностики, тактику при «случайной» интраоперационной находке или при осложненном течении дивертикула Меккеля в структуре синдрома «острого живота».

Материалы и методы исследования: С целью объективности и достоверности исследования, то есть изучения частоты, особенности клинического течения и диагностики, тактики лечения дивертикула Меккеля в структуре синдрома «острого живота», нами ретроспективно изучены клинико-лабораторные данные 12 420 детей, которые обратились в 2012-2016 гг. в приемный покой экстренной хирургии «Центра детской неотложной медицинской помощи» («ЦДНМП») г. Алматы с подозрением на «острый живот». Также изучены истории болезни 2806 (22,6%) больных, которые были госпитализированы в это лечебное учреждение с диагнозом ОА, и произведены экстренные хирургические вмешательства. Кроме того, нами исследованы особенности клинического течения и тактики оперативной коррекции дивертикула Меккеля.

Из 12 420 детей, обратившихся в «ЦДНМП» г. Алматы с подозрением на «острый живот», дивертикулит Меккеля выявлен у 18-ти (0,15%) больных в возрасте от 7-ми до 11-ти лет.

Из оперированных 2806 детей с ОА и его осложнением в 14-х случаях дивертикулит Меккеля выявлен интраоперационно, т.е. явился случайной находкой во время ревизии желудочно-кишечного тракта. Иначе говоря, в этой группе больных дивертикулит Меккеля не был заподозрен на этапе обоснования клинического диагноза. Таким образом, частота интраоперационной находки ДМ среди оперированных больных с ОА и его осложнений

составляет 14 (0,5%) наблюдений.

Трудности дифференциальной диагностики ОА и дивертикулита Меккеля связаны со схожестью клинических проявлений этих острых патологий органов брюшной полости. Клиническая картина этих 14-ти пациентов, у которых дивертикулит Меккеля являлся интраорерационной находкой, проявлялась в виде болей в животе (около пупка или в правой подвздошной области), повышением температуры, тошнотой, снижением аппетита. При обследовании этих больных выявлены характерные симптомы ОА, т.е. Щеткина-Блюмберга и пассивное напряжение мышцы правой подвздошной области. Для общего анализа крови были характерны лейкоцитоз до 18.3 тыс и умеренное повышение СОЭ. Все эти клинические проявления были очень схожи с острым аппендицитом.

Следует отметить, что при дополнительной беседе в послеоперационном периоде с родителями этих 14-ти оперированных больных у 5-ти детей установлены периодические боли в животе без четкой локализации, в 2-х случаях в анамнезе имел место дегтеобразный стул. Эти данные еще раз указывают значимость тщательного сбора анамнеза в диагностике дивертикула Меккеля и аналогичные жалобы должны всегда насторожить в отношении ДМ.

Из обратившихся в ППЭХ 12 420 детей с подозрением на «острый живот» только у 1-го больного в результате обследования предварительно был выставлен клинический диагноз «дивертикулит Меккеля». Этот ребенок поступил через 12 часов от начала боли в животе, без четкой «фиксации» в правой подвздошной области, локализация болей была изменчива, чаще всего боли отмечались на уровне околопупочного кольца. Температура тела была в пределах нормы. Рвоты не было. Из анамнеза жизни установлено, что этот ребенок за посление 4 года трижды обратился в ППЭХ с болями в животе, более того, около 8-ми месяцев назад был госпитализирован в клинику с диагнозом «кишечное кровотечение». При осмотре язык был обложен, живот обычной формы, участвовал в акте дыхания. При пальпации боли выявлены несколько ниже пупочного кольца, при смене положения тела отмечена «дислокация» места расположения боли, что нехарактерно для ОА. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости ближе к терминальному отделу подвздошной кишки выявлена продолговатая кистозная структура с толстой гиперэхогенной внутренней стенкой и гипоэхогенной наружной стенкой. Анамнез и клиническое проявление заболевания, данные УЗИ позволили нам на этапе диагностики заподозрить о вероятности дивертикулита Меккеля у данного ребенка.

У следующих 2-х (11,1%) оперированных из 18-ти больных клиническая картина сопровождалась схваткообразной болью в животе, тошнотой, многократной рвотой, нарастающей интоксикацией, на обзорной рентгенографии органов брюшной полости в вертикальном положении – множественные горизонтальные патологические уровни в петлях кишечника. Поэтому этим больным предварительно выставлен клинический диагноз «механическая кишечная непроходимость», по поводу чего произведено экстренное оперативное вмешательство.

У последнего ребенка с клиникой продолжающего кишечного кровотечения выполнена диагностическая лапароскопия, где интраоперационно диагностирован кровоточащий дивертикулит Меккеля.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 14-ти больных, у которых дивертикулит Меккеля был интраоперационной находкой, в 8-ми (57,1%) случаях в связи с узким основанием ДМ, произвели лапароскопическую дивертикулоэктомию погружным способом, подобно культе червеобразного отростка.

На раннем этапе работы в 2-х (14,3 %) наблюдениях, у которых при ЛС выявлены ДМ на широком основании, для его клиновидного иссечения произведена конверсия – срединная лапаротомия. Однако в последние годы у 3-х (21,4%) больных с широким основанием ДМ для клиновидного иссечения дивертикула Меккеля успешно выполнена лапароскопическая ассистированная операция. Только у 1-го (7%) ребенка с клиникой разлитого перитонита и пареза кишечника во время операции выявлена гангренозно-перфоративная форма дивертикулита Меккеля, которому произведена конверсия – срединная лапаротомия.

Причиной острой кишечной непроходимости у 1-го больного, которому данный диагноз был выставлен на этапе клинического обследования, являлся заворот петли тонкого кишечника вокруг тяжа, идущий от ДМ к корню брыжейки. Операция начата и завершена лапароскопическим устранением заворота кишечника и дивертикулэктомией.

У другого ребенка с давностью заболевания 52 часа причиной кишечной непроходимости являлась инвагинация кишечника, т.е. внедрение подвздошной кишки в подвздошную и затем через баугиновую заслонку в ободочную. Пациенту произведена резекция илеоцекального угла вместе с ущемленным ДМ. Иначе говоря, частота острой кишечной непроходимости при осложненном течении ДМ среди оперированных нами 18-ти детей встречалась в 2-х (11,1%) случаях.

У последнего ребенка с клиникой продолжающего кишечного кровотечения выполнена диагностическая лапароскопия, где интраоперационно установлен кровоточащий дивертикулит Меккеля, которому произведена лапароскопическая дивертикулэктомия. Таким образом, частота осложненного течения ДМ среди оперированных 18-ти детей отмечалась в 4-х (22,2%) случаях.

Таким образом, методы операции при дивертикуле Меккеля были следующие: Лапароскопическая дивертикулэктомия – у 11-ти (67%) пациентов, лапароскопия+лапаротомия у 2-х (11%), лапарокскопически-ассистированная

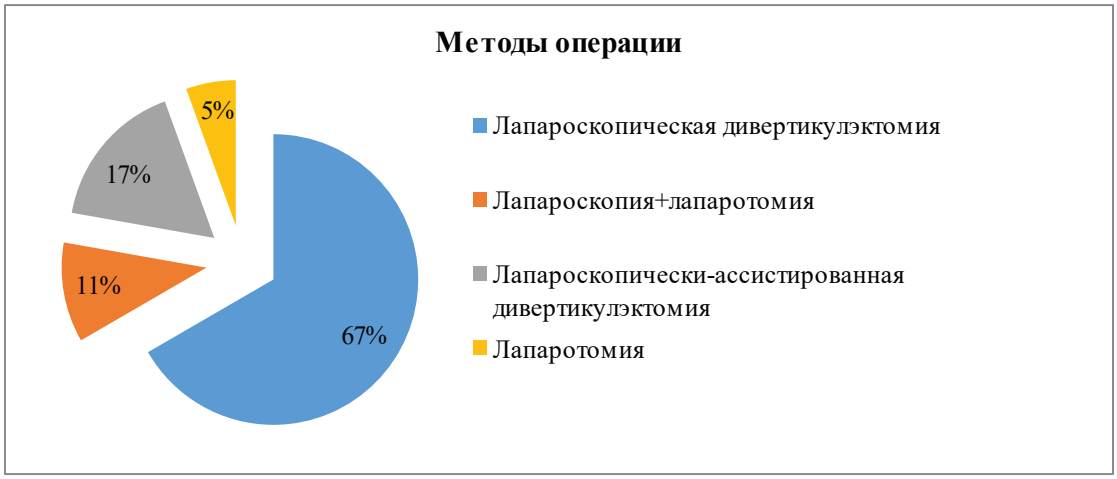


Диаграмма №1. Методы операции при дивертикуле Меккеля.

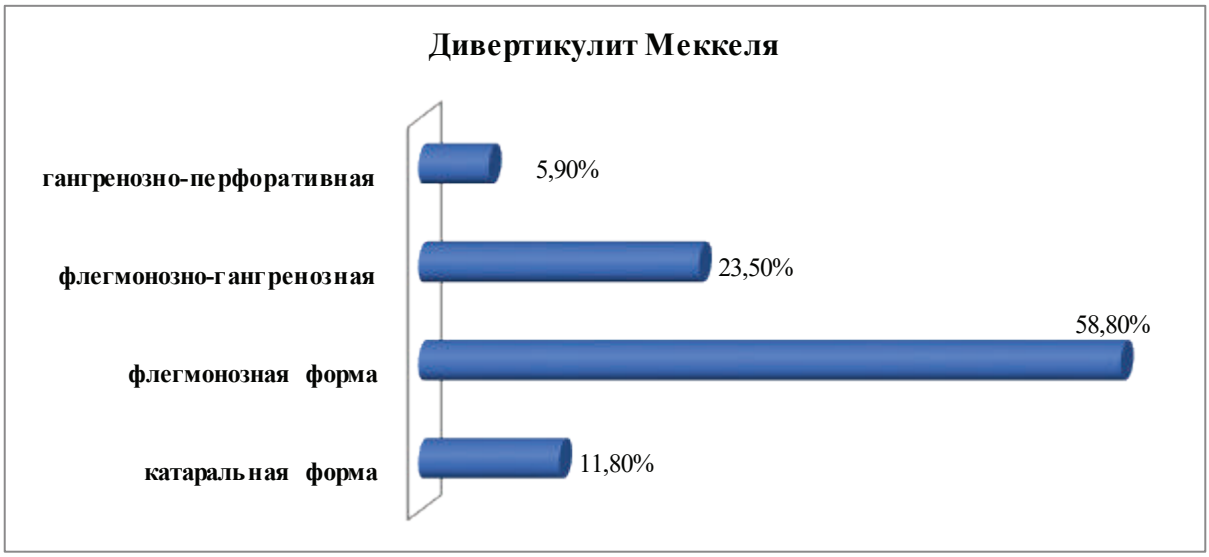


Диаграмма №2. Формы воспаления дивертикула Меккеля

дивертикулэктомия у 3-х (17%), лапаротомия у 1-го (5%). (Диаграмма №1)

Необходимо указать, что наша клиника сдержанно относится к тактике «попутной» аппедэктомии при дивертикулите Меккеля, аппендэктомия выполнялась только в 2-х (14,3%) случаях у детей с явной макроскопической картиной вторичного изменения чербеобразного отростка.

Следует отметить, что при морфологическом исследовании у 17 удаленного ДМ, катаральная форма воспаления дивертикула Меккеля обнаружена в 2-х (11,8%) случаях, флегмонозная форма в 10-ти (58,8%) наблюдениях, в 4-х (23,5%) случаях морфологическое изменение соответствовало флегмонозно-гангренозной и у 1 (5,9%) больного гангренозно-перфоративной форме деструкции. (Диаграмма №2)

Выводы: Таким образом, дифференциальная диагностика острого аппендицита и дивертикула Меккеля из-за схожести клинических проявлений действительно крайне затруднена. По данным нашего клинического анализа, из 12 420 детей, обратившихся ППЭХ с подозрением на «острый живот», более того из 2806 больных, оперированных по поводу «острого аппендицита» и его осложнений, только в одном случае удалось диагностировать «дивертикулит Меккеля» на этапе клинического обследования.

Частота интраоперационной находки дивертикулита Меккеля среди оперированных больных с острым аппендицитом и его осложнений составляет 0,5%.

Среди всех оперированных 18-ти детей с дивертикулитом Меккеля осложненное его течение, такое как заворот тонкого кишечника, илеоцекальная инвагинация, кровотечение из дивертикулита Меккеля, гангренозно-перфоративная форма деструкции с развитием разлитого перитонита с парезом кишечника, встречаются в 22,2% случаях.

При предварительном клиническом

диагностировании или при интраоперационной находке дивертикулита Меккеля, методом выбора хирургического лечения является лапароскопическая дивертикулэктомия. Если ДМ имеет узкое основание - показана дивертикулоэктомия погружным способом, при широком основании – лапароскопическое ассистированное клиновидное иссечение дивертикула. Конверсия при дивертикулите Меккеля показана только при гангренозно-перфоративной форме деструкции с развитем разлитого перитонита с парезом кишечника 2-3 степени. Аппендэктомия при дивертикулите Меккеля должна выполняться только при вторичном морфологическом изменении червеобразного отростка.

Список литературы

1. Ерюхин, И.А. Хирургические инфекции / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников. - СПб.: Питер, 2003. — 853 с.
2. Патология желточного протока у детей: Вопросы диагностики и лечения / Ю.В. Филиппов [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. - №2(16). – С. 37-40.
3. What you see is not what you get. A plea to remove a ‘normal’ appendix during diagnostic laparoscopy / M. Chiarugi et al. // Acta-Chir-Belg. – 2001. - 101(5). – С. 243-245.
4. Диагностика и лечение дивертикула Меккеля у детей / В.Ф. Ковальков [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. – 1994. – №3–4. – С. 44–47.
5. Acute diverticulitis of small bowel: CT findings / G. Gayer et al. // Abdomin- Imaging. – 1999. - 24(5). – С. 452-455.
6. Complicated Meckel’s diverticulum / A. Akcakaya et al. // Ulus. Trauma Derg. 2003. - 9(4). – С. 246—249.

ТҮЙІН

Қ. ТҰРСЫНОВ[1], М.Е. ҚАПТАҒАЕВ[2],
А.А. САҒЫМБАЕВА[3], А.А. САҒЫМБАЕВА[1]

БАЛАЛАРДАҒЫ МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСІ

[1]С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан,
[2]Балалар шұғыл медициналық жәрдем орталығы, Алматы, Қазақстан,
[3]Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті», Алматы, Қазақстан

Мақалада Меккель дивертикулының балалардағы құрсақ қуысы ағзаларының жедел хирургиялық ауруларының құрылымында жиілігі, клиникалық ағым ерекшеліктері, хирургиялық емінің тәсілі мен емдеу нәтижелері көрсетілген. Біздің сараптауымызша Меккель дивертикулы 94.4% жағдайда ота кезінде анықталады. Меккель дивертикулының асқынулары 22,2% жиілікте кездеседі. Меккель дивертикулының рационалды хирургиялық емі болып лапароскопиялық дивертикулэктомия табылады.

Негізгі сөздер: *Меккель дивертикулы, жедел аппендицит, перитонит, балалар, емдеу, лапароскопия, лапаротомия.*

SUMMARY

K.TURSUNOV[1],M.E.KAPTAGAYEV[2],
A.A.SAGYMBAYEVA[3], A.A. SAGYMBAYEVA[1]

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF THE MEKKEL’S DIVERCULUM IN CHILDREN

[1]S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan,
[2]Center of Pediatric emergency care, Almaty, Kazakhstan,
[3]Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty, Kazakhstan

In the article, the frequency, clinical features, diagnostics, tactics and results of surgical treatment of Meckel’s diverticulum in the structure of acute surgical pathology of abdominal organs in children are presented. According to our research, Meckel’s diverticulum is a random intraoperative finding in 94.4%. Moreover complications of Meckel’s diverticulum is found in 22.2% of patients. A rational method of surgical treatment of Meckel’s diverticulum is laparoscopic diverticuloectomy.

Keywords: *Meckel’s diverticulum, acute appendicitis, peritonitis, children, treatment, laparoscopy, laparotomy.*

УДК 616.381-002-07-08-053.2

А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ[1], В.И. КОТЛОБОВСКИЙ[2], Ж.Т. БАУБЕКОВ[1], Б.Б. МЕДЕТБАЕВ[2]

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

[1]Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан
[2]Актюбинский медицинский кластер «Детский стационар», Актобе, Казахстан

Аннотация. В работе представлен анализ наблюдений за 70-тью пациентами в возрасте до 14-ти лет, находившихся на лечении с распространёнными формами аппендикулярного аппендицита. Всем больным проведено клинико-лабораторное и ультразвуковое обследование. В хирургическом лечении применена лапароскопическая методика операции, 48,6% из них проводилась регионарная лимфотропная антибактериальная терапия (РЛАТ).

Анализ результатов лечения показал, что при применении РЛАТ у детей с гнойным перитонитом определяется более выраженная динамика снижения температурной реакции, лейкоцитоза и лейкоцитарного индекса интоксикации, а также ранние сроки рассасывания воспалительного инфильтрата.

Ключевые слова: *перитонит, дети, лапароскопия*

Актуальность. Несмотря на то, что в соответствии с решением Симпозиума детских хирургов «Аппендикулярные перитониты у детей» (Российская Федерация, город Смоленск, 2000 г.) за последние 10-15 лет в лечении аппендикулярного перитонита у детей достигнуты определенные успехи, значительно снижены летальность и общий уровень послеоперационных осложнений, тем не менее, до настоящего времени остается высоким процент таких тяжелых интраабдоминальных осложнений как послеоперационный перитонит, острая спаечная кишечная непроходимость, абсцессы и инфильтраты брюшной полости [1,2]. Следовательно, дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения аппендикулярного перитонита остается актуальной проблемой современной детской хирургии [3].

В последние годы многие вопросы абдоминальной хирургии детского возраста подверглись пересмотру, постоянно поступает новая информация о различных сторонах этой проблемы, изменился взгляд на абдоминальный сепсис, претерпели существенные изменения представления о механизмах воспалительной реакции [4,5].

Цель: выбор оптимальных методов диагностики и лечения распространенных форм разлитого перитонита у детей.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ наблюдений за 70-тью пациентами, находившимися на лечении в клинике детской хирургии ЗКГМУ имени М.Оспанова по поводу распространенных форм аппендикулярного перитонита, из них девочек – 28 (40%), мальчиков – 42 (60%). Всем детям были применены лапароскопические операции, из них у 34-х (48,6%) больных одним из компонентов комплексной терапии использовалась регионарная лимфотропная антибактериальная терапия (РЛАТ). (Распределение больных в зависимости от возраста и формы перитонита представлены в таблице №1).

Основная масса больных (38,6%) обратилась за медицинской помощью в сроки 13-24 часа, тогда как 9,3% больных поступили в стационар по истечению 48-ми часов и более от начала заболевания. 24% и 28% детей поступили в стационар в сроках до 12-ти часов и 25-48 часов, соответственно. Распределение больных в зависимости от времени обращения за медицинской помощью в стационар представлены в Диаграмме №1.

Результаты исследования. Всем больным детям проведен клинический осмотр, лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, некоторые биохимические исследования) и по показаниям выполнялось ультразвуковое исследование.

Наблюдения показали, что у всех больных с перитонитом отмечались боли в животе. Боли в

Таблица №1 Распределение больных в зависимости от возраста и формы перитонита

№	Возраст	Диффузный перитонит		Разлитой перитонит		Всего
		девочки	мальчики	девочки	мальчики	
1.	1 – 3 года	1	2	1	2	6 (8,7%)
2.	4 – 6 лет	3	2	2	4	11 (15,8%)
3.	7 – 9 лет	1	5	7	6	19 (27,1%)
4.	10 – 12 лет	1	6	3	7	17 (24,2%)
5.	13 – 14 лет	4	4	5	4	17 (24,2%)
Всего		10	19	18	23	70

животе с эпицентром в правой подвздошной области выявлены у 75% больных, а у 25% детей отмечены боли разлитого характера. У 34% детей выявлено бурное нарастание болей с распространением по всему животу, в 12% случаях больные не могли точно указать на локализацию болей.

У 56% больных наблюдалась 1-2 кратная рвота, рвота с желчью выявлена у 13% пациентов и лишь у 14% больных выявлено вздутие живота. В 89% случаев обнаружено четкое предшествие болей к рвотным рефлексам. У 34% детей обнаружена задержка стула, тогда как в 35% случаях был выявлен жидкий стул. Необходимо отметить тот факт, что последний симптом наблюдался только у 4,8% детей старшей возрастной группы.

Более постоянным симптомом являлось повышение температуры тела выше 38°С, который выявлен у 64% больных. Повышение температуры тела в пределах 37-38°С выявлено у 15% детей. И только лишь в 9% случаев не было зафиксировано повышение температуры тела.

Обращает внимание значительное учащение пульса и расхождение его с температурой, то есть симптом «ножниц», который встречался 85% случаях. Бледность кожных покровов с сухостью выявлена в 100% случаев, сероватый оттенок кожи отмечен в 34%, мраморная окраска - в 25%. Язык был сухим у 75% детей, из них 80% детей обнаружен серый налет и только лишь в 10% налет имел коричневый цвет. Брюшная стенка в акте дыхания не принимала участие у 87% детей, а вздутие живота отмечено у 78% детей. У этих детей четко выявлялись симптомы раздражения брюшины.

Всем детям было проведено лабораторное обследование. В общем анализе крови у 34% детей выявлена анемия легкой степени. Только у трех больных отмечено снижение гемоглобина до 60 г/л. У 61% детей был обнаружен лейкоцитоз выше $12x10^9$/л,в 25% случаях количество лейкоцитов находилось в пределах $10\text{-}12x10^9$/л. У 10% детей количество лейкоцитов было в пределах нормы (4-10 тысяч), только у 4% больных детей отмечена лейкопения (ниже 4-х тысяч). Анализ лейкограммы показал, что у 87% детей выявлен нейтрофильный сдвиг влево. При этом отмечено четкое увеличение абсолютного количества нейтрофилов. Так, абсолютное содержание палочкоядерных свыше 1200 клеток наблюдалось у подавляющего количества анализируемых больных (90%). Наличие более 600 клеток юных нейтрофилов отмечено 56% детей, у 34% детей установлен нейтрофилез с содержанием более юных форм нейтрофилов (миелоцитов) в пределах 200 – 450 клеток. Абсолютное содержание лимфоцитов, в основном, зависело от процентного соотношения нейтрофилов и лимфоцитов. Увеличение абсолютного количества лимфоцитов обнаружено только у 2,5% детей,что явно свидетельствует о бактериальном происхождении заболевания детского организма.

У 56-ти (80%) пациентов возникла необходимость в проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости. Эхографические признаки разлитого перитонита характеризовались воспалительными изменениями аппендикса, значительным скоплением свободной жидкости в малом тазу у 100% больных, правом латеральном канале у 50-ти детей (89,2%) и у 29-ти пациентов (51,8%) в межпетлевых пространствах. У всех обследованных детей в этой стадии перитонита выявлялись эхографические признаки функциональной кишечной непроходимости в виде замедления перистальтических сокращений, снижения эхогенности химуса в просвете видимых фрагментов кишечника (так называемое внутриполостное депонирование жидкости), а также имели место реактивные изменения со стороны других органов брюшной полости и забрюшинного пространства,что проявлялось значительным усилением сосудистого рисунка печени, увеличением ее правой доли на 10-20 мм по сравнению со средневозрастными нормативами, диффузным изменением паренхимы поджелудочной железы за счет повышения ее эхогенности и появления мелкоточечных гиперэхогенных включений, утолщением стенок желчного пузыря, которые становятся гиперэхогенными. Реактивные изменения почек характеризуются незначительным их увеличением, повышением эхогенности паренхимы.

Обсуждение полученных данных. С целью оценки тяжести состояния пациента, прогноза течения заболевания, выбора объёма терапии и мониторинга нами были использованы признаки синдрома системного ответа на воспаление (SIRS III и SIRS IV*)* [6, 7].

Синдром системной реакции на воспаление включает следующие признаки:

1) изменение температуры тела – аксилярная (> 37,2°С или < 35,2°С);

2) увеличение ЧСС до (или) верхней границы возрастной нормы;

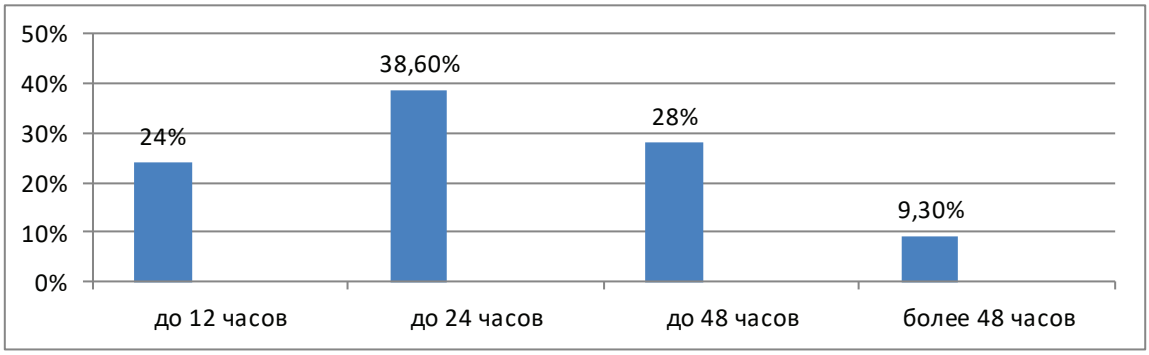


Диаграмма №1. Распределение больных в зависимости от времени обращения за медицинской помощью в стационар

3) увеличение ЧД до (или) верхней границы возрастной нормы или гипервентиляции PaCO2 < 32 mmHg;

4) лейкоциты > 12000 кл/мм³ или < 4000 кл/мм³ или 10% незрелых форм.

Мы считаем, что при наличии у детей с гнойным перитонитом (локальная гнойная инфекция или (и) бактериемия) двух и более признаков SIRS правомочна постановка диагноза «сепсис». В связи с этим существуют следующие варианты течения сепсиса: тяжелый сепсис; сепсис + гипотензия; сепсис с полиорганной недостаточностью (нарушение функции одновременно нескольких органов).

В отделении реанимации и интенсивной терапии всем детям была проведена предоперационная подготовка: терапия, направленная на борьбу с гиповолемией и интоксикацией; терапия, направленная на уменьшение степени дегидратации и гемотокритной величины; антибактериальная терапия; устранение декомпенсированных сдвигов КЩС и т.д.

У 29-ти детей при микробиологическом исследовании крови признаков бактериемии выявлено не было (отрицательная гемокультура), однако, не смотря на это, лечебные мероприятия проводились с учетом их септического состояния.

Всем детям была применена лапароскопическая методика операции: выполняли ревизию и первичную санацию брюшной полости, аппендэктомию преимущественно лигатурным способом, окончательную санацию и дренирование брюшной полости.

Противопоказаниями для применения лапароскопического способа считали: плотный аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс III (по С.Я.Долецкому) и запущенный разлитой гнойный перитонит, сопровождающийся тяжелым парезом кишечника или же нарушением целостности стенки полых органов в результате их гнойно-некротического расплавления.

Лапароскопическая аппендэктомия осуществлялась по методике F.Gotz, путем поэтапной коагуляции, пересечения брыжейки червеобразного отростка, наложения петли Roeder, биполярного лигирования основания appendix (на расстоянии 5-6 мм от наложенной лигатуры), отсечения и экстракции макропрепарата из брюшной полости. (На рисунке №1 представлены этап операции – лапароскопической коагуляции брыжейки червеобразного отростка).

Окончательная санация брюшной полости производилась путем промывания до макроскопически чистых вод растворами антисептиков (раствор фурациллина) и их аспирации. Объем жидкости, необходимый для этого, зависел от распространенности процесса. Определенная последовательность в проведении санации (верхние отделы брюшной полости, область мезогастрия и гипогастрия, нижние отделы живота и полость малого таза) позволяют провести ее более тщательно и эффективно. Особое внимание уделяли санации ложа червеобразного отростка. (На рисунке №2 представлены этапы операции – лапароскопического отсечения культи червеобразного отростка).

Из всех наблюдаемых детей у 34-х (48,6%) больных одним из компонентов комплексной терапии в раннем послеоперационном периоде являлось применение регионарной лимфотропной антибактериальной терапии (РЛАТ). Для этого под контролем лапароскопа осуществлялся прокол кожи на 1 см медиальнее от передней верхней оси правой подвздошной кости иглой длиной 10-12 см под углом 45º по отношению к вертикальной оси тела. После введения 3-5 мл 0,25% раствора новокаина проводился микроирригатор. Для лимфотропной терапии использовался в основном препарат - гентамицин, в возрастной дозировке 4-6 мг/кг. Кратность введения лекарственной смеси составляла 2 раза в сутки, продолжительность проведения 5 -7 дней.

С целью динамического контроля за характером изменений в области брюшной полости и механической ее очистки все операции заканчивались дренированием брюшной полости (область малого таза и т.д.). Под контролем лапароскопа через гильзу троакара вводили

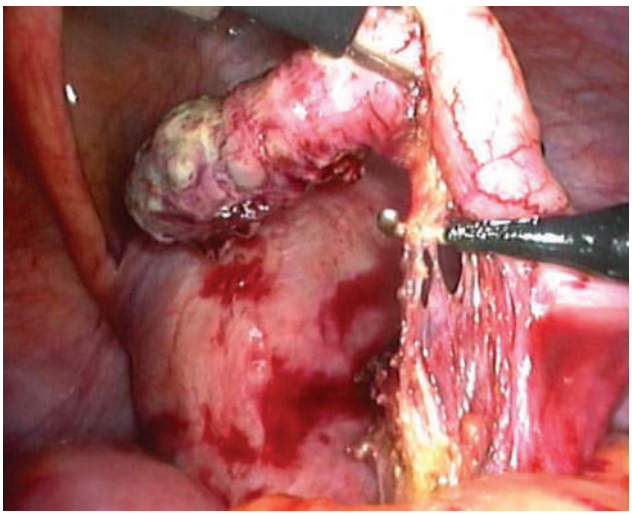


Рисунок №1
Эндофото лапароскопической коагуляции брыжейки червеобразного отростка.

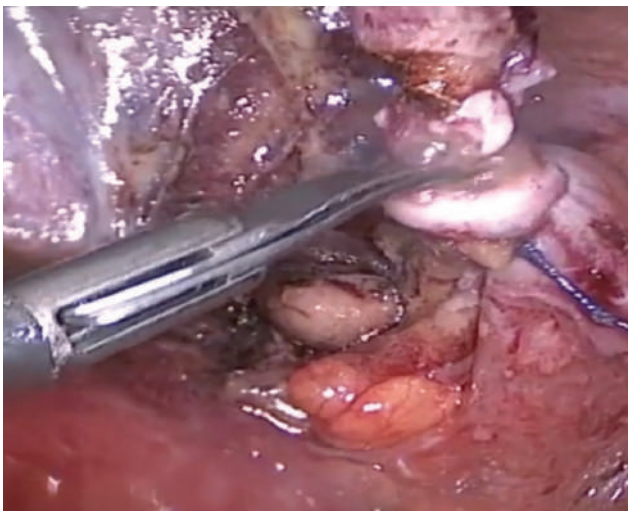


Рисунок №2
Эндофото лапароскопического отсечения культи червеобразного отростка.

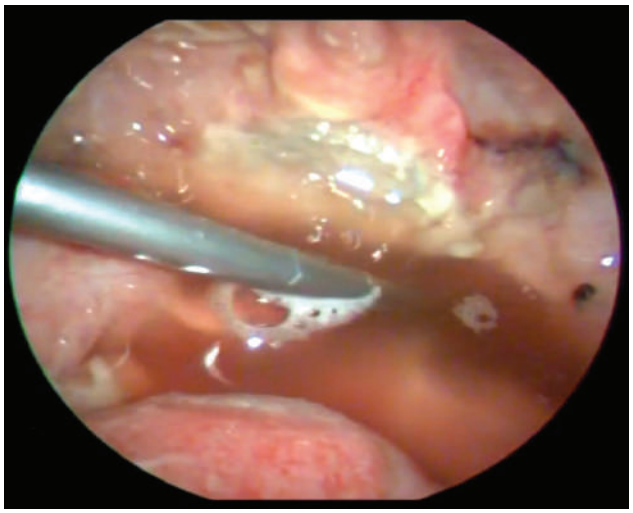


Рисунок №3
Эндофото лапароскопической санации брюшной полости

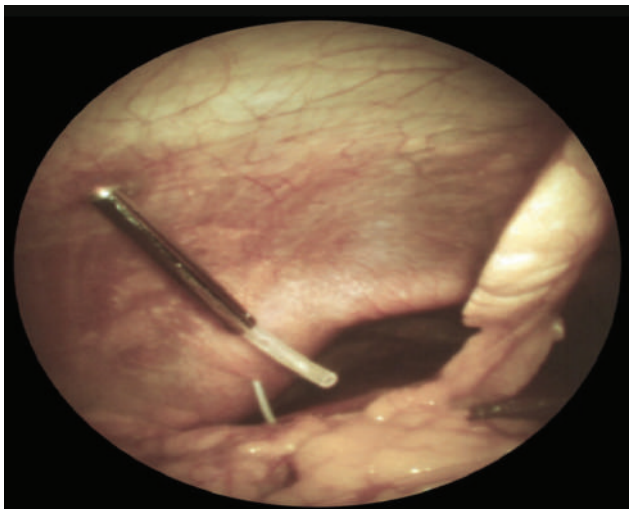


Рисунок №4
Эндофото лапароскопического дренирования брюшной полости

дренаж и продвигали его в соответствующую зону брюшины на необходимую глубину, после извлечения троакара дренаж фиксировался к коже. (На рисунке №3, №4 представлены этапы санации и дренирования брюшной полости при лапароскопической операции).

Сравнительная оценка результатов лечения распространенных форм аппендикулярного перитонита показала, что у детей, в комплексной терапии которых была применена регионарная лимфотропная антибактериальная терапия, определяется более выраженная динамика снижения температурной реакции, лейкоцитоза и лейкоцитарного индекса интоксикации, а также более ранние сроки рассасывания воспалительного инфильтрата (по данным ультразвукового исследования).

Выводы: проведенный анализ показал, что в диагностике детей с распространенными формами аппендикулярного перитонита большое значение имеют своевременные сроки госпитализации в стационар, клинико-лабораторные и инструментальные методы обследования. Если у этой категории больных определяются 3 и более признака синдрома системного ответа на воспаление (SIRS III, SIRS IV), то правомочна постановка диагноза «Сепсис». Подготовка к операции и лечение в раннем послеоперационном периоде такой категории больных целесообразно проводить в отделении реанимации и интенсивной терапии. Применение лапароскопического метода лечения аппендикулярного перитонита позволяет детям легче переносить этот тяжелый недуг, значительно улучшает качество жизни пациента.

Список литературы

1. Котлобовский, В.И. Эндохирургия при аппендикулярном перитоните у детей / В.И. Котлобовский, А.Ф. Дронов // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2013 - Том 3 - №1 - С. 9-14.
2. Stormer, E.J. Review of Laparoscopic Training in Pediatric Surgery in the United Kingdom / E.J. Stormer // Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. – 2009 - Vol.19 – P. 3-6.
3. Козулина, Н.В. Клинические проявления острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / В.В. Паршиков, Ю.П. Бирюков // Медицинские и фармацевтические науки. – 2014. - №3. – С. 20-24.
4. Краснов, М.В. Современные данные о патогенезе, критериях диагноза и принципах терапии сепсиса у детей / В.М. Краснов // Здравоохранение Чувашии – 2010. - №2. – С. 17-23.
5. Тусупкалиев, А.Б. Иммунологические аспекты местного применения Ронколейкина у детей с перитонитом / Ж.Т.Баубеков // Успехи современного естествознания. – 2015. - №9. - С. 92-94.
6. Ibadildin, A.S. Generalized peritonitis-principles of treatment / A.S. Ibadildin et al. // Вестник КазНМУ. – 2012. - №2. – С. 236-238.
7. Тусупкалиев А.Б. Перитониты у детей : Учебное пособие / А.Б. Тусупкалиев. – Актобе, 2017. – 142 с.

ТҮИІН

А.Б.ТУСУПКАЛИЕВ[1], В.И.КОТЛОБОВСКИЙ[2], Ж.Т.БАУБЕКОВ[1], Б.Б.МЕДЕТБАЕВ[2]

БАЛАЛАРДА АППЕНДИКУЛЯРЛЫ ПЕРИТОНИТТІҢ ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ

[1]Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемелекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан
[2]«Балалар стационары» Ақтөбе медициналық кластері, Ақтөбе, Қазақстан

Жұмысымызда 14 жасқа дейінгі жайылған аппендикулярлы перитонитпен ем алған, 70 науқас баланың зерттеу нәтижесі берілді. Барлық науқасқа клиникалық-лабороториялық және ультрадыбыстық зерттеу жасалды. Хирургиялық емі лапароскопиялық әдіспен жүргізілді, солардың ішінен 48,6% науқасқа аймақты лимфотропты антибактериалды ем қолданылды.

Іріңді перитонитпен емделген балаларға аймақты лимфотропты антибактериалды емді қолдану нәтижесінде, науқастарда дене қызуының, қандағы лейкоцитоз бен лейкоцитарлы индексінің төмендеуі, қабынған инфильтраттың ерте қайта сіңірілуі анықталды.

Негізгі сөздер: *перитонит, балалар, лапароскопия.*

SUMMARY

A.B.TUSSUPKALIYEV[1], V.I.KOTLOBOVSKY[2], Z.T.BAUBEKOV[1], B.B.MEDETBAYEV[2]

SOME ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

[1]West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan
[2]Children's hospital of Aktobe medical cluster, Aktobe, Kazakhstan

The paper presents analysis of observations of 70 patients in the age of 14 years old who were on treatment with common forms of appendicitis. All patients underwent clinical, laboratory and ultrasound examination. In surgical treatment, laparoscopic procedure of operation was used, in 48.6% of them regional lymphotropic antibacterial therapy was used.

Analysis of treatment results showed that when using regional lymphotropic antibacterial therapy in children with purulent peritonitis, a more pronounced dynamics of decrease in the temperature response, leukocytosis and leukocyte index of intoxication, as well as early terms of resorption of the inflammatory infiltrate is determined.

Keywords: *peritonitis, children, laparoscopy.*

УДК 615.849.29:616-073.524-053.32

Е.В. ТЯН, Д.Р. КАЧУРИНА, В.В. ЦОЙ, А.А. БАГУТТИЕВА, Ж.С. ТЮЛЕБАЕВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У ДЕТЕЙ С ЗАДНЕЙ АГРЕССИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, Алматы, Казахстан

Аннотация. Установлена структура ретинопатии недоношенных по стадиям заболевания, подлежащим проведению лазеркоагуляции сетчатки. Эффективность лазеркоагуляции сетчатки при пороговых стадиях составляет 96,7%, при агрессивных стадиях – 73%.

Ключевые слова*: ретинопатия недоношенных, лазеркоагуляция сетчатки, задняя агрессивная ретинопатия недоношенных*

Недоношенные дети составляют группу высокого риска развития ретинопатии недоношенных (РН), которая может привести к резкому снижению зрения, вплоть до полной слепоты. Частота развития РН в разных странах составляет 10-66% [1], в России 17-37,4%. Частота слепоты от РН в мире сильно варьирует в зависимости от степени развития общества, уровня неонатальной помощи, эффективности скрининга и своевременного лечения в конкретной стране. Согласно данным современной литературы, этот показатель не превышает 8% в высокоразвитых странах, в развивающихся странах составляет 40%, достигая в некоторых регионах 60%. Слепота и слабовидение в исходе РН наблюдаются в 6-18% случаев [2].

Основополагающими моментами в лечении РН являются своевременная лазеркоагуляция сетчатки (ЛКС), не позднее 6-ти недель жизни ребенка и раннее проведение витрэктомии в случаях прогрессирования заболевания после лазерного лечения. При отсутствии отлаженной системы повсеместного проведения активного офтальмологического скрининга новорождённых, в тоже время в 7-ми областях республики с 2015г. детям с РН стали проводиться операции лазеркоагуляции сетчатки.

В связи с вышеизложенным, **целью исследования** явилось изучение эффективности хирургического лечения задних агрессивных форм РН.

Объект и методы исследования: недоношенные детей с низкой массой тела при рождении (до 2500г) и сроком гестации менее 34-х недель, которым была проведена операция лазеркоагуляции сетчатки в постконцептуальном возрасте 34-38 недель.

Офтальмоскопический метод непрямой офтальмоскопии (аппарат «OMEGA 500», Германия) с использованием линз 20,0 и 30,0 диоптрий; операция транспупиллярной лазерной коагуляции сетчатки на офтальмокоагуляторе Visulas (CarlZeissMeditec, Германия) с длиной волны 810 нм с использованием

одиночных импульсов.

Результаты исследования Активный мониторинг ЗАРН, согласно алгоритму, проводился всем недоношенным детям, находившимся на госпитализации в отделении неонатологии, с 32,4± 1,1 постконцептуального возраста. .

В результате проведенных офтальмоскопических исследований установлена следующая структура ЗАРН, подлежащих проведению ЛКС:

– характерная локализация патологического процесса в зоне 1 или 2;
– почти всегда круговое поражение по всем меридианам;
– резкое расширение и извитость сосудов во всех 4 квадрантах;
– симметричность поражения;
– наличие шунтов по всей области сетчатки;
– отсутствие перехода болезни из одной стадии в другую;
– задняя агрессивная РН (ЗАРН)– 27 (9,9%) .

Целью лазеркоагуляции сетчатки при задней агрессивной РН может быть эффективным в течение ограниченного периода времени. Сроки проведения лазерного лечения составляют в среднем 5,3±0,5 недель жизни новорожденных. С 2012 по 2016г прооперировано 27 (54 глаз). На 14-ти глазах проведена повторная лазеркоагуляция сетчатки.

Анестезиологическое обеспечение детей при ЛКС проводилось под аппаратно-масочным наркозом с предварительной окс зонеигенацией и последующим постепенным увеличением концентрации газового анестетика в дыхательном контуре с 3 до 5 % с использованием севорана. После достижения необходимой глубины наркоза (3-5 минут) проводилась интубация трахеи с проведением аускультативного контроля. Интраоперационный мониторинг осуществлялся пульсоксиметрией. Поддержание необходимой глубины анестезии обеспечивалось ингаляционным анестетиком 0,6-1,5%, с использованием одноразового дыхательного контура. Минимальный поток свежего газа не превышал менее 2 литров.

После завершения операции подачу ингаляционного анестетика прекращали. После адекватного спонтанного дыхания интубационная трубка удалялась и пациенты переводились на дыхание кислородом, через лицевую маску с FiO2 0,3 до полной элиминации газового анестетика. После динамического наблюдения (1 -2 часа) и стабилизации состояния пациентов они переводились в палату для совместного пребывания с матерью в отделение неонатологии.

Необходимым условием проведения операции являлся максимальный медикаментозный мидриаз. При проведении ЛКС коагуляты наносились в шахматном порядке по всей площади аваскулярной сетчатки на расстоянии от диаметра диска до 1 диаметра коагулята друг от друга. Мощность воздействия составляла от 200 до 400 мВт,

Длительность импульса - 0,1сек., диаметр пятна - 350-500мкм.

При проведении операции учитывались протяженность зоны и сосудистая активность РН (рис.1).

Распространенность задней агрессивной ретинопатии недоношенных оценивается по часовым меридианам с 1-го по 12-й.

Объем лазеркоагуляции аваскулярных зон сетчатки (ЛКС) зависел от тяжести клинического течения ЗАРН. Число коагулятов зависело от стадий ранних или поздних проявлений ЗАРН. Ранние проявления ЗАРН до образования до образования демаркационнной линии или вала при наличии четкой аваскулярной и васкулярной зоны. Поздние сроки проведения лазеркоагуляции сетчатки, когда уже сформирован демаркационный вал. Оно колебалось в широком диапазоне от 1200 до 2700, в среднем

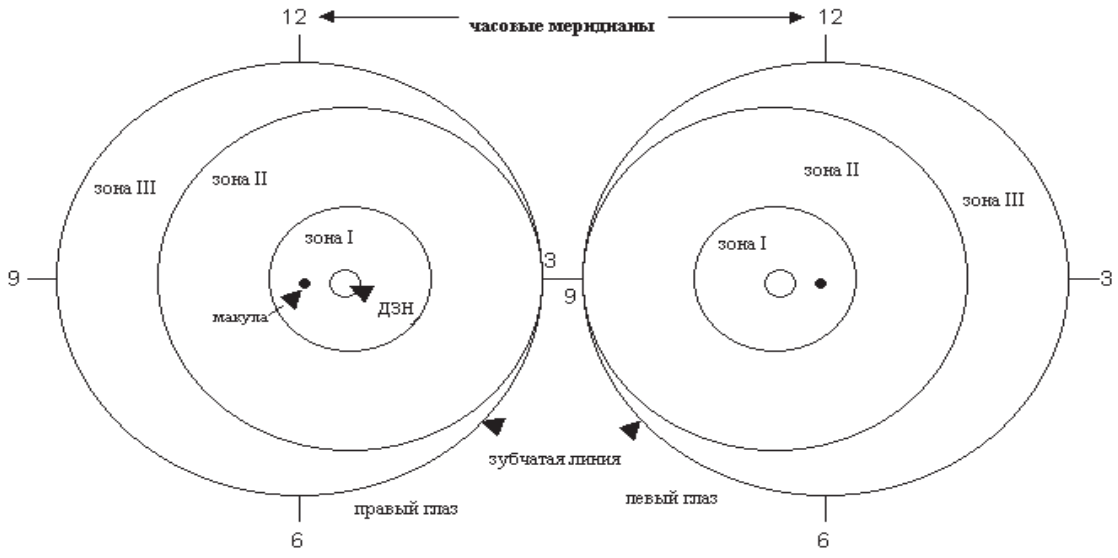


Рис.1. Локализация и протяженности ретинопатии недоношенных

составило 1530 ± 574.

При ЗАРН сложным было определение времени операции в связи с отсутствием стадийности заболевания. В 6-ти случаях была необходимость повторного лазерного лечения, которое проводилось в два этапа. На первом этапе осуществлялась периферическая ЛКС ишемизированных зон сетчатки в направлении от крайней периферии к васкуляризированной части сетчатки, а через 7-10 дней проводилась дополнительная ЛКС оставшихся более центральных зон аваскулярной сетчатки. Установлено, что данная методика ЛКС является более щадящей и эффективной у недоношенных с ЗАР.

Эффективность лазеркоагуляции сетчатки зависела от:

1.тяжести, протяженности патологического процесса на глазном дне, сосудистой активности

2. постконцептуального возраста ребенка на момент проведения лазеркоагуляции аваскулярной сетчатки

3. общего соматического состояния ребенка (заболеваний нервной, бронхолегочной, сердечно-сосудистой и др.систем организма), которые могут затруднить проведение анестезиологического пособия и течение послеоперационного периода

4. Характера проведенной операции ЛКС

Динамическое офтальмоскопическое исследование проводилось на 7, 14 и 30 сутки после ЛКС.

Индикаторами эффективности хирургического лечения РН на 7-ые сутки являлись:

- уменьшение сосудистой активности в заднем полюсе глаза;

- исчезновение извитости, нормализация калибра ретинальных сосудов и начального регресса артериовенозных шунтов;

- продолжавшийся рост ретинальных сосудов в зону лазерной коагуляции (ранее аваскулярную зону)

У 7 детей с ЗАРН (на 14 глазах), несмотря на проведенную ЛКС, на 6-12 сутки было зафиксировано прогрессирование заболевания. В 71,4%(10 глаз) при проведении ретиноскопического мониторинга наблюдалось усиление сосудистой активности. В проекции демаркационного вала отмечалось утолщение сетчатки и формирование пролиферативной ткани по ходу вала; в васкуляризированной части сетчатки обнаруживалось появление полос экстраретинальной пролиферации. Этим детям проведен 2 этап ЛКС.

Таким образом, в процессе мониторирования детей после проведения ЛКС было выявлено, что эффективность ее зависит от течения РН. На 14 глазах (4 детей на обоих глазах, у 6 детей на непарных глазах) с ЗАРН ретинопатия продолжала прогрессировать с развитием тракционной отслойки сетчатки. При этом происходило перерождение прозрачного гелеобразного стекловидного тела в рубец, который прикрепляясь к сетчатке, деформирует и «срывает» ее со своего места. Данное состояние характеризовалось развитием 4 стадией РН.

Заключение. Офтальмологическая помощь новорожденным детям является составной частью неонатальной помощи и одним из резервов снижения частоты и тяжести проявления заболеваний органа зрения с раннего возраста. Основным принципом организации специализированной офтальмологической помощи новорожденным и младенцам должен явиться комплексный, поэтапный подход к ее обеспечению. На основании полученных результатов динамического офтальмологического обследования новорожденных и детей раннего возраста нами разработан Алгоритм динамического офтальмологического наблюдения за детьми в периоде новорожденности и в течение 1-го полугодия жизни. Первичный офтальмологический скрининг проводится на этапе родильных домов, II этапов выхаживания, Перинатальных центров. Неонатальный офтальмологический скрининг включает: выявление факторов риска по слабовидению/ слепоте на основе сбора анамнеза и проведение непрямой офтальмоскопии новорожденным, имеющим факторы риска.

Ежегодно увеличивается количество детей с тяжелыми формами РН, которые и приводят к слепоте и слабовидению с раннего детства при том, что во всем мире прослеживается тенденция к снижению как частоты РН, так и хирургических стадий заболевания. Практическое значение для развития инвалидности по зрению имеет не столько частота РН, сколько удельный вес ее терминальных стадий. Ранняя выявляемость РН остается низкой, а количество пациентов с далеко зашедшими формами заболевания возрастает.

Организация эффективной офтальмологической хирургической помощи предусматривает не только проведение качественного оперативного вмешательства. Большое количество детей с РН имеет сопутствующую соматическую патологию инфекционного и/или церебрального характера. Наличие тяжелого общесоматического состояния детей влияет на «поздние» сроки операции или может вызывать осложнения в процессе оперативного вмешательства. В связи с этим офтальмологическую хирургическую помощь детям с РН целесообразно проводить в условиях многопрофильного стационара.

Таким образом, эффективность проведение ЛКС зависит от стадии РН и своевременности ее проведения (не позднее 3-7 дней жизни от постановки диагноза).

Список литературы

1. Асташева И.Б., Аксенова И.И., Ежова Н.Ю. // Современные проблемы детской офтальмологии: Материалы научн. конф. - Спб., 2005. - С. 156-158;
2. Ophtalmologic findings in children with congenital cytomegalovirus infection / D.K. Coats et al. // J. FFPOS. - 2000. - V.4. - №2. - P. 110-116.
3. Факторы, влияющие на эффективность профилактической коагуляции сетчатки при активной ретинопатии недоношенных / Катаргина Л.А. [и др.] / Российская педиатрическая

офтальмология. - 2007. - №1. - С.25-27.
4. Кулакова М.В. Лазеркоагуляция сетчатки в лечении ретинопатии недоношенных с различными вариантами течения: автореф. дис. … канд. мед. наук / М.В. Кулаков. - Челябинск, 2007. - 24 с.
5. Early vitreous surgery for aggressive posterior retinopathy of prematurity / N. Azuma et al. // Am. J. Ophthalmol. - 2006. - Vol.142. - N 4. - P. 636-43.
6. Паттерная лазерная коагуляция сетчатки в лечении задней агрессивной ретинопатии недоношенных / А.В. Терещенко [и др.] // Вестник офтальмопатологии. - 2010. - №6. - С .13-17.
7. Vander, J.F. Revised indication for the early treatment of retinopathy of prematurity / J.F. Vander, J.A. Mc Namara, W. Tasman // Arch Ophthalmol. - 2005. - Vol.123. - P. 406-407.

ТҮИІН

Е.В. ТЯН, Д.Р. КАЧУРИНА, В.В. ЦОЙ,
А.А. БАГУТТИЕВА, Ж.С. ТЮЛЕБАЕВА

ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ КӨЗ ТОРЫНЫҢ АРТҚЫ АГРЕССИВТІ РЕТИНОПАТИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЛАЗЕРОКОАГУЛЯЦИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

ҚР ДСМ Педиатрия және бала хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы, Қазақстан

Көз торына лазерокоагуляция жүргізудің қажеттігі шалалық ретинопатия ауруларының құрылымы сатылары бойынша белгіленеді. Көз торына лазерокоагуляция тиімділігі шекті сатыларында - 96,7%, ал агрессивті сатыларында - 73%-ды құрайды.

***Негізгі сөздері**: шалалық ретинопатиясы, көз торлары, артқы агрессивті ретинопатия.*

SUMMARY

YE.TYAN, D.R.KACHURINA,V.V.TSOI,
A.A.BAIGUTTIYEVA, ZH.S.TUYLEBAYEVA

RETINAL LASER COAGULATION EFFICIENCY IN CHILDREN WITH POSTERIOR AGRESSIVE RETINOPATHY OF PREMATURITY

«Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery», Ministry of Health of RK, Almaty, Kazakhstan

Retinopathy of prematurity is established in compliance with disease stages which require retinal laser coagulation. Retinal laser coagulation efficiency makes up 96,7% in threshold stage while 73% in aggressive stages.

***Keywords:** Retinopathy of prematurity, Retinal laser coagulation, Posterior agressive retinopathy of prematurity*

ӨМІРБАЯН
АВТОБИОГРАФИЯ
AUTOBIOGRAPHY

1. А.Б. Тусупкалиев, С.П. Досмагамбетов
ӨМІРДІҢ МӘНІН БАЛАЛАРҒА МЕЙІРІМ СЫЙЛАУДАН ТАПҚАН ЖАН 6
А.Б. Тусупкалиев, С.П. Досмагамбетов
ЖИЗНЬ, ПОСВЯЩЕННАЯ ДОБРУ, ДЕТЯМ И СЛУЖЕНИЮ ХИРУРГИИ 6
A.B. Tussupkaliyev, S.P. Dosmagambetov
LIFE DEVOTED TO GOODNESS, CHILDREN AND SURGERY 6

ӨЗЕКТІ МАҚАЛАЛАР
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ
TOPICAL ARTICLES

2. Б.К. Дженалаев, В.И. Котлобовский, Р.А. Кенжалина, А.Е. Ергалиев, С.П. Досмагамбетов, Ж.Т. Баубеков
БАЛАЛАРДАҒЫ ГИРШПРУНГ АУРУЫ: ДӘСТҮРЛЕР МЕН ИННОВАЦИЯЛАР. 9
Б.К. Дженалаев, В.И. Котлобовский, Р.А. Кенжалина, А.Е. Ергалиев, С.П. Досмагамбетов, Ж.Т. Баубеков
БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ. 9
B.K. Jenalayev, V.I. Kotlobovsky, R.A. Kenzhalina, A.E. Yergaliyev, S.P. Dosmagambetov, Zh.T. Baubekov
HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN: TRADITIONS AND INNOVATIONS. 9
3. Б.К. Дженалаев, В.И. Котлобовский, А.Б. Түсіпқалиев, С.П. Досмағамбетов, Е.В. Роскидайло, К.Ж. Сатыбалдиев
БАЛАЛАР ШАП ЖАРЫҒЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ: ПАРАДИГМАНЫ АУЫСТЫРУ 13
Б.К. Дженалаев, В.И. Котлобовский, А.Б. Тусупкалиев, С.П. Досмагамбетов, Е.В. Роскидайло, К.Ж. Сатыбалдиев
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ: СМЕНА ПАРАДИГМЫ 13
B.K. Jenalayev, V.I. Kotlobovsky, A.B. Tussupkaliyev, S.P. Dosmagambetov, Ye.V. Roskidailo, K.Zh. Satybaldiyev
SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN CHILDREN: CHANGE OF THE PARADIGM. 13
4. Б.Т. Түсіпқалиев, А.Қ. Жұмалина, Б.А. Жекеева, АС.Б. Түсіпқалиев, Л.В. Волошина
ПАТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУ МӘЛІМЕТІ БОЙЫНША ПЕРИНАТАЛЬДЫ ЖОҒАЛТУ 15
Б.Т. Тусупкалиев, А.К. Жумалина, Б.А. Жекеева, Ас.Б. Тусупкалиев, Л.В. Волошина
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ ПО ДАННЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. 15
B.T. Tussupkaliyev, A.K. Zhumalina, B.A. Zhekeyeva, A.B. Tussupkaliyev, L.V. Voloshina
PERINATAL LOSSES ACCORDING TO PATHOMORPHOLOGICAL EXAMINATION 15
5. Б.Т. Түсіпкалиев, А.Қ. Жұмалина, Б.А. Жекеева, А.Б. Түсіпқалиев, М.Б. Жарлықасинова
ПЕРИНАТАЛЬДЫ КЕЗЕҢДЕГІ ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ТУА БОЛҒАН ДАМУ АҚАУЛАРЫ . 18
Б.Т. Тусупкалиев, А.К. Жумалина, Б.А. Жекеева, М.Б. Жарлыкасинова
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 18
B.T. Tussupkaliyev, A.K. Zhumalina, B.A.Zhekeyeva, A.B. Tussupkaliyev, M.B. Zharlykasinova
CONGENITAL DEFECTS OF DEVELOPMENT IN NEWBORNS IN THE PERINATAL PERIOD. 18

ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EXPERIMENTAL AND CLINICAL INVESTIGATIONS

6. Г.Н. Алимханова, А.Б.Шекенова, М.В. Бондаренко, Д.Н. Кусаинов, К.Э. Хаиров
БАЛАЛАРДАҒЫ ПОРТАЛЬДІ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМЫ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯ 22
Г.Н. Алимханова, А.Б. Шекенова, М.В. Бондаренко, Д.Н. Кусаинов, К.Э. Хаиров
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 22
G.N. Alimkhanova, A.B. Shekenova, M.V. Bondarenko, D.N. Kusainov, E.K. Khairov
POSTOPERATIVE INTENSIVE THERAPY IN CHILDREN WITH SYNDROME OF PORTAL HYPERTENSION 22
7. Н.Н. Ахпаров, Н.Б. Афлатонов, К.М. Ахтаров, А.Ж. Оразалинов
БАЛАЛАРДАҒЫ ИДИОПАТИЯЛЫҚ МЕГАРЕКТОСИГМОИД КЕЗІНДЕГІ АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН БАҒАЛАУ 24
Н.Н. Ахпаров, Н.Б. Афлатонов, К.М. Ахтаров, А.Ж. Оразалинов
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ МЕГАРЕКТОСИГМОИДЕ У ДЕТЕЙ 24

N.N. Akhparov, N.B. Aflatonov, K.M. Akhtarov, A.ZH. Orazalinov
ENDOSCOPIC EVALUATION OF THE GASTROINTESTINAL MUCOSA IN IDIOPATHIC MEGARECTOSIGMOID IN CHILDREN 24
8. Б.Қ. Дженалаев, Ж.Т. Баубеков, А.Б. Тусупкалиев, Р.А. Кенжалина, А.Е. Аубакиров, А.Е. Ергалиев
БАЛАЛАРДАҒЫ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЭКТОМИЯДА ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСКІН ҚАЛДЫҒЫН БЕТАДИНМЕН ӨҢДЕУ ТИІМДІЛІГІ 28
Б.Қ. Дженалаев, Ж.Т. Баубеков, А.Б. Тусупкалиев, Р.А. Кенжалина, А.Е. Аубакиров
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАДИНА ПРИ ОБРАБОТКЕ КУЛЬТИ ОТРОСТКА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ 28
B.K. Jenalaev, ZH.T. Baubekov, A.B. Tussupkaliyev, A. Kenzhalina, A.E. Aubakirov
THE EFFICIENCY OF BETADINE IN THE TREATMENT OF THE APPENDIX STUMP AFTER LAPAROSCOPIC FPPENDECTOMY OF CHILDREN 28
9. Л.В. Долотова, Ж.Б. Досимов, А.У. Мухамбетова, Г.М. Кульниязова, А.Ж. Досимов, Н.В. Шевчук
МҰНАЙГАЗ ӨНДІРІСІ ОРНАЛАСҚАН АЙМАҚТАРДА ТҰРАТЫН ЖАСӨСПІРІСДЕРДІ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ. 31
Л.В. Долотова, Ж.Б. Досимов, А.У. Мухамбетова, Г.М. Кульниязова, А.Ж. Досимов, Н.В. Шевчук
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ. 31
L.V. Dolotova, Zh.B. Dossimov, A.U. Mukhambetova, G.M. Kulniyazova, A.ZH. Dossimov, N.V. Shevchuk
THE RESULTS OF THE SCREENING SURVEY OF ADOLESCENTS LIVING IN THE REGION OF OPERATIONS OF OIL AND GAS ENTERPRISES 31
10. Ж.Б. Досимов, А.Ж. Досимов, Г.М. Құлниязова, Қ.Б. Абдрахманов, Л.В. Долотова
МҰНАЙГАЗ ӨНДІРУШІ АЙМАҚТАРДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ Д-ДӘРУМЕНДІК СТАТУСЫ ЖӘНЕ СҮЙЕК ТІНДЕРІНІҢ МИНЕРАЛДЫҚ ТЫҒЫЗДЫҒЫ 35
Ж.Б.Досимов, А.Ж. Досимов, Г.М. Кульниязова, К.Б. Абдрахманов, Л.В. Долотова
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И D-ВИТАМИННЫЙ СТАТУС У ПОДРОСТКОВ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩИХ РЕГИОНОВ 35
ZH.B. Dossimov, A.ZH. Dossimov, G.M. Kulniyazova, K.B. Abdrakhmanov, L.V. Dolotova
MINERAL DENSITY OF BONE TISSUE AND D-VITAMIN STATUS IN ADOLESCENTS OF OIL AND GAS DEPOSIT REGIONS. 35
11. С.П. Досмагамбетов, А.С. Есенкулова, О.Р. Зайнуллина, М.М. Беляев, К.К. Суюнгарин
БАЛАЛАРДАҒЫ БАУЫР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСЫНАН КЕЙІНГІ ОҒАШ НӘТИЖЕЛЕРІ 39
С.П. Досмагамбетов, А.С. Есенкулова, О.Р. Зайнуллина, М.М. Беляев, К.К. Суюнгарин
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ 39
S.P. Dosmagambetov, A.S. Yesenkulova, O.R. Zainullina, M.M. Belyayev, K.K. Suyungarin
LONG-TERM RESULTS OF CYSTECTOMY ASSISTED SURGERY OF THE LIVER IN CHILDREN 39
12. О.А. Каменева, С.Е. Морозова, Е.А. Гехман, Г.С. Мельникова, О.Е. Пунченко, К.Г. Косякова
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ СТАЦИОНАРЛАРЫНДА БӨЛІНГЕН ЭНТЕРОБАКТЕРИЯЛАРДЫҢ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТТІЛІГІ 43
О.А. Каменева, С.Е. Морозова, Е.А. Гехман, Г.С. Мельникова, О.Е. Пунченко, К.Г. Косякова
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА 43
O.A. Kameneva, S.E. Morozova, E.A. Gekhman, G.S. Melnikova, O.E. Punchenko, K.G. Kosyakova
SUSCEPTIBILITY TO ANTIBIOTICS IN ENTEROBACTERIACEAE ISOLATED IN THE HOSPITALS OF SAINT-PETERSBURG 43
13. Б.І. Көшімов, А.Н. Әлмаханов, А.Ғ. Каражанов, А.Д. Мешітбай
ЭКСПЕРИМЕНТ КЕЗІНДЕГІ ОМЫРТҚААРАЛЫҚ ДИСКІНІҢ КРИОДИСТРУКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІ 46
Б.И. Кушимов, А.Н. Альмаханов, А.Г. Каражанов, А.Д. Мешитбай
РЕЗУЛЬТАТЫ КРИОДЕСТРУКЦИИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 46
B.I. Kushimov, A.N. Almakhanov, A.G. Karazhanov, A.D. Meshitbay
RESULTS OF INTERVERTEBRAL DISC CRYODESTRUCTION IN EXPERIMENT 46
14. М.А. Мамырбаева, Б.И. Жұмашева, А.Б. Шильманова, Г.К. Исмамбетова, Н.М. Нұрғалиев
ПСИХОСӨЙЛЕУ ДАМУЫ ҚАЛЫС ҚАЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ ВЕРБАЛЬДЫ ЕМЕС ҚАРЫМ-ҚАТЫНАС ҚҰРАЛДАРЫ. 48
М.А. Мамырбаева, Б.И. Джумашева, А.Б. Шильманова, Г.К. Исмамбетова, Н.М. Нургалиев
НЕВЕРБАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО

РАЗВИТИЯ 48
M.A. Mamyrbaeyeva, B.I. Dzhumasheva, A.B. Shilmanova, G.K. Ismambetova, N.M. Nurgaliyev
NON-VERBAL MEANS OF COMMUNICATION IN CHILDREN WITH A DELAY IN PSYCHOVERBAL DEVELOPMENT 48
15. К.Ж. Сатыбалдиев, Б.К. Дженалаев, С.П. Досмагамбетов, В.И. Котлобовский
БАЛАЛАРДАҒЫ ЭНДОБЕЙНЕХИРУРГИЯЛЫ ТӘСІЛМЕН ҚОЛДАНЫЛАТЫН ҚОСАРЛАНҒАН ОПЕРАЦИЯЛАР. 52
К.Ж. Сатыбалдиев, Б.К. Дженалаев, С.П. Досмагамбетов, В.И. Котлобовский
СОЧЕТАННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ. 52
K.J. Satybaldiyev, B.K. Jenalaev, S.P. Dosmagambetov, V.I. Kotlobovsky
CONCURRENT ENDOVIDEOSURGICAL OPERATION IN CHILDREN 52
16. Б. Түсіпқалиев, Ас.Б. Түсіпқалиев, Ак.Б. Түсіпқалиев, С.Қ. Бермагамбетова, П.А. Түсіпқалиева
ТӨМЕН САЛМАҚПЕН ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІ ТАМАҚТАНДЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ 57
Б. Тусупкалиев, Ас.Б. Тусупкалиев, Ак.Б. Тусупкалиев, С.К. Бермагамбетова, П.А. Тусупкалиева
ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА 57
B. Tussupkaliyev, As.B. Tussupkalieyev, Ak.B. Tussupkalieyev, S.K. Bermagambetova, P.A. Tussupkaliyeva
FEATURES OF THE FEEDING FOR NEWBORN WITH A SMALL BODY MASS 57
17. К.Э. Хаиров, М.М. Қалабаева, К.М. Ахтаров
ПОРТАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕГІ СПЛЕНОРЕНАЛДЫҚ ҚАНТАМЫРЛЫҚ АНАСТОМОЗДЫ ЖАСАУДЫҢ ӘДІСІ. 59
К.Э. Хаиров, М.М. Калабаева, К.М. Ахтаров
СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 59
K.E. Khairov, M.M. Kalabayeva, K.M. Akhtarov
THE METHOD OF APPLYING SPLENORENAL VASCULAR ANASTOMOSIS IN PORTAL HYPERTENSION 59

ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕР БЕТІ
СТРАНИЦА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
PRACTICING PHYSICIAN'S PAGE

18. А.Б. Байжаркинова
БАЛАЛАРДЫҢ ӨРШІМЕЛІ ЖОҒАРЫЛАҒАН ЖӘНЕ ТӨМЕН ІШЕК ҚЫНАПТАЛУЫН АНЫҚТАУДЫҢ ЖӘНЕ ЕМІНІҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ ТАЛДАУЫ (тәжірибеден) 62
А.Б. Байжаркинова
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСХОДЯЩЕЙ И НИСХОДЯЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ (из практики) 62
A.B. Baizharkinova
RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ASCENDING AND NISKING INTEGRATION OF THE INTESTINE IN CHILDREN (from practice) 62
19. Б.Н. Бисалиев, А.Б. Тусупкалиев, С.П. Досмагамбетов, Р.А. Кенжалина, Ж.Т. Баубеков, М.Т. Ильясов
ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ НЕКРОТИКАЛЫҚ ЭНТЕРОКОЛИТТІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ 65
Б.Н. Бисалиев, А.Б. Тусупкалиев, С.П. Досмагамбетов, Р.А. Кенжалина, Ж.Т. Баубеков, М.Т. Ильясов
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ. 65
B.N. Bisaliyev, A.B. Tussupkaliyev, S.P. Dosmagambetov, Z.T. Baubekov, R.A. Kenzhalina, M.T. Ilyasov
EXPERIENCE OF THE TREATMENT NECROTISING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS 65
21. Н.В. Винокурова, Н.А. Цап
БАЛАЛАР АСҚАЗАНЫНЫҢ ҚАБЫРҒАСЫНА ЭКТОПИРЛЕНГЕН ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ 69
Н.В. Винокурова, Н.А. Цап
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКТОПИРОВАННОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ 69
N.V. Vinokurova, N.A. Tsap
CLINICAL-ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF ATROPIC PANCREAS TO VENTRICLE PARIES IN CHILDREN. 69
22. Д.Б. Дженалаев, Д.А. Мустафинов, О.А. Мамлин
БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАЛПЫ ӨТ ҚАБАТЫ КИСТАЛАРЫН ЭНДОБЕЙНЕХИРУРГИЯЛЫҚ ТҮЗЕТУ 72
Д.Б. Дженалаев, Д.А. Мустафинов, О.А. Мамлин
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ . . . 72

D.B. Jenalayev, D.A. Mustafinov, O.A. Mamlin
ENDOVIDEOSURGICAL CORRECTION OF CYSTS COMMOM BILE DUCT IN CHILDREN 72
23. А.С. Досмагамбетов, Т.С. Сергазина, Г.Б. Имангалиева, С.В. Ким, М.М. Туктубаева, Н.Т. Достанов, Д.А. Амирадинов
БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗДЕГІ ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ АШЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ӨЗЕКТІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТҮЗЕТУ 76
А.С. Досмагамбетов, Т.С. Сергазина, Г.Б. Имангалиева, С.В. Ким, М.М. Туктубаева, Н.Т. Достанов, Д.А. Амирадинов
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ 76
A.S. Dosmagambetov, T.S. Sergazina, G.B. Imangaliyeva, C.V. Kim, M.M. Tuktubayeva, N.T. Dostanov, D.A. Amyradinov
OUR EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF OPEN THE DUCTUS ARTERIOSUS IN PREMATURE INFANTS 76
24. Л.В. Дробышева, Р.А. Қарабекова, А.С. Әбилова
ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ПАРАЛИЧПЕН ПЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ АТА-АНАЛАРЫМЕН СЕРІКТЕСЕ ОТЫРЫП БАЛАЛАРДЫ ПРАКТИКАЛЫҚ ДАҒДЫЛАРҒА, ТҰРМЫСТЫҚ БЕЙІМДЕЛУГЕ ЖӘНЕ ҚОҒАМ АЛДЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ЖАУАПКЕРШІЛІККЕ ҮЙРЕТУ 79
Л.В. Дробышева, Р.А. Карабекова, А.С. Абилова
СОЛИДАРНОЕ ПАРТНЁРСТВО РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ДЦП ПУТЁМ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ, БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ОБЩЕСТВОМ 79
L.V. Drobishova, R.A. Karabekova, A.S. Abilova
SOLIDARITY PARTNERSHIP OF PARENTS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY BY TEACHING PRACTICAL SKILLS, HOUSEHOLD ADAPTATION AND SOCIAL RESPONSIBILITY TO SOCIETY 79
25. Н.Г. Жила, П.Б. Комаров, К.М. Комаров, Д.А. Хрулёв, Д.В.Ананьев
БАЛАЛАРДЫҢ БҰҒАНАСЫ СЫНҒАНДА СЫНЫҚТАРДЫ ШАБАҚПЕН БЕКІТУДІҢ ЗАМАНАУИ ЖОЛДАРЫ 82
Н.Г. Жила, П.Б. Комаров, К.М. Комаров, Д.А. Хрулёв, Д.В. Ананьев
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СПИЦЕВОЙ ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ. 82
N.G. Zhila, P.B. Komarov, K.M. Komarov, D.A. Khrulev, D.V. Ananyev
MODERN APPROACH TO-SPOKE FIXATION OF BONE FRAGMENTS OF FRACTURES OF THE CLAVICLE IN CHILDREN 82
26. Н.Г. Жила, П.Б. Комаров, К.М. Комаров, Д.А. Хрулёв, И.Ю. Васильев
БАЛАЛАРДА ИЫҚ СҮЙЕКТЕРІНІҢ АЙДАРШЫҚ АРҚЫЛЫ СЫНЫҚТАРЫНДА ТІКЕЛЕЙ ЕМЕС (ТРАНСКУТАНДЫ) ОРНЫНА САЛУ. 85
Н.Г. Жила, П.Б. Комаров, К.М. Комаров, Д.А. Хрулёв, И.Ю. Васильев
НЕПРЯМАЯ (ТРАНСКУТАННАЯ) РЕПОЗИЦИЯ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ 85
N.G. Zhila, P.B. Komarov, K.M. Komarov, D.A. Khrulev, I.Y. Vasilyev
INDIRECT (TRANSCUTANEOUS) REDUCTION IN RAZMYSLOVICH FRACTURES OF THE HUMERUS IN CHILDREN. 85
27. О.М. Курмангалиев, К.Г. Сулейменов, Д.Ш. Абрешева
АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖАСӨСПІРІМ ЕР БАЛАЛАРЫНЫҢ ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ 88
О.М. Курмангалиев, К.Г. Сулейменов, Д.Ш. Абрешева
ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ – ПОДРОСТКОВ ГОРОДА АКТОБЕ 88
O.M. Kurmangaliyev, K.G. Suleimenov, D.Sh. Abresheva
FEATURES OF SEXUAl DEVElOPMENT OF ADOLESCENT BOYS IN AKTOBE CITY 88
28. М.А. Мамырбаева, Г.Д. Жұмағалиева, Қ.Б. Абдрахманов, А.Б. Шильманова, Н.М. Нұрғалиев, Г.К. Исмамбетова
ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕР МЕН ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ НЕОНАТАЛДЫ САРЫ АУРУЛАРЫНА ТҮСІНДІРМЕ. 91
М.А. Мамырбаева, Г.Д. Жумагалиева, К.Б. Абдрахманов, А.Б. Шильманова, Н.М. Нургалиев, Г.К. Исмамбетова
ТРАКТОВКА НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. . . 91

M.A. Mamyrbaeyeva, B.I. Jumagaliyeva, K.B. Abdrakhmanov, A.B. Shilmanova, N.M. Nurgaliyev, G.K. Ismambetova
THE TREATMENT OF NEONATAL JAUNDICE IN NEWBORNS AND YOUNG CHILDREN 91
29. А.О. Момынкулов, А.К. Ормантаев, Н.М. Мурадов, Э.Б. Салаев, Т.А. Шасаитов
БАЛАЛАРДАҒЫ ДОЛИХОСИГМАНЫ ЕМДЕУ ТӘСІЛІН ТАҢДАУ МӘСЕЛЕСІ. 94
А.О. Момынкулов, А.К. Ормантаев, Н.М. Мурадов, Э.Б. Салаев, Т.А. Шасаитов
К ВОПРОСУ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДОЛИХОСИГМЫ У ДЕТЕЙ 94
A.O. Momynkulov, A.K. Ormantayev, N.M. Muradov, E.B. Salayev, T.A. Shasaitov
TO THE QUESTION OF CHOICE OF TACTICS OF TREATMENT OF DOLICHOSIGMA IN CHILDREN 94
30. Г.И. Сарсенбаева, Ж.Б. Болатбекұлы, А.Ш. Налибаев
ТУА БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЫ БАР БАЛАЛАРҒА ЖАСАЛҒАН КАРДИОХИУРГИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ ДИСФУНКЦИЯСЫ 96
Г.И. Сарсенбаева, Ж.Б. Болатбекулы, А.Ш. Налибаев
ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ВПС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ. 96
G.I. Sarsenbayeva, Zh.B. Bolatbekuls, A.Ch. Nalibayev
DISFUNCTION OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASES AFTER HEART OPERATIONS 96
31. В.В. Сарсенова, Б.К. Дженалаев, С.П. Досмагамбетов, Р.А. Кенжалина, И.М. Нургалиев, К.Ж. Альтаев
БАЛАЛАРДЫҢ ӨҢЕШІНДЕГІ ХИМИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ БӨГДЕ ЗАТТАРДЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ, ЕМДЕУ ТӘСІЛІ 100
В.В. Сарсенова, Б.К. Дженалаев, С.П. Досмагамбетов, Р.А. Кенжалина, И.М. Нургалиев, К.Ж. Альтаев
ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ 100
V.V. Sarsenova, B.K. Jenalayev, S.P. Dosmagambetov, R.A. Kenzhalina, I.M. Nurgaliyev, K.Z. Altayev
COMPLICATIONS OF CHEMICALLY ACTIVE ORIENTAL BODIES OF THE ESOPHAGE IN CHILDREN, TACTICS OF TREATMENT 100
32. Қ. Тұрсынов, М.Е. Қаптағаев, А.А. Сағымбаева, А.А. Сағымбаева
БАЛАЛАРДАҒЫ МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ӘДІСІ. 103
К. Турсунов, М.Е. Каптагаев, А.А. Сагымбаева, А.А. Сагымбаева
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ 103
K. Tursunov, M.Ye. Kaptagayev, A.A. Sagymbaeva, A.A. Sagymbaeva
TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF THE MEKKEL'S DIVERCULUM IN CHILDREN 103
33. А.Б. Тусупкалиев, В.И. Котлобовский, Ж.Т. Баубеков, Б.Б. Медетбаев
БАЛАЛАРДА АППЕНДИКУЛЯРЛЫ ПЕРИТОНИТТІҢ ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ 107
А.Б. Тусупкалиев, В.И. Котлобовский, Ж.Т. Баубеков, Б.Б. Медетбаев
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ. 107
A.B. Tussupkaliyev, V.I. Kotlobovsky, Z.T. Baubekov, B.B. Medetbaev
SOME ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN 107
34. Е.В. Тян, Д.Р. Качурина, В.В. Цой, А.А. Багуттиева, Ж.С. Тюлебаева
ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДАҒЫ КӨЗ ТОРЫНЫҢ АРТҚЫ АГРЕССИВТІ РЕТИНОПАТИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЛАЗЕРОКОАГУЛЯЦИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ. 111
Е.В. Тян, Д.Р. Качурина, В.В. Цой, А.А. Багуттиева, Ж.С. Тюлебаева
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ У ДЕТЕЙ С ЗАДНЕЙ АГРЕССИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ 111
E.V. Tyan, D.R Kachurina, V.V. Tsoi, A.A. Baiguttiyeva, J.S. Tuylebayeva
RETINAL LASER COAGULATION EFFICIENCY IN CHILDREN WITH POSTERIOR AGRESSIVE RETINOPATHY OF PREMATURITY 111