

встречаемости 1:4000–5000 новорожденных). Актуальность этой проблемы обусловлена отсутствием единого мнения о необходимости расчленения лечения на три этапа (колостома - радикальная операция - устранение калового свища). Ряд авторов предпочитает выполнение первичной радикальной операции: у новорожденных с бессвищевой формой атрезии, а также при свище в мочевую и половую системы или узком промежностном свище - хирургическое вмешательство выполняется в первые часы жизни ребенка в экстренном порядке. При ректовестибулярных и широких промежностных свищах хирургическая коррекция проводится в более старшем возрасте, учитывая клиническое течение заболевания и физиологическое развитие. При использовании такой тактики лечения значительными остаются показатели послеоперационной летальности - до 20% случаев и гнойно-септических осложнений - до 62,5% наблюдений.

По нашему мнению наиболее эффективным методом оперативного лечения аноректальных пороков развития считается трехэтапная хирургическая коррекция.

Располагаем опытом лечения 72 детей с различными формами атрезии ануса и прямой кишки. Сроки проведения первого этапа оперативного лечения (наложение колостомы) зависят от формы порока развития. Новорожденным с атрезией прямой кишки без свища противоестественный задний проход накладывался по жизненным показаниям в экстренном порядке, в первые часы после рождения. Все новорожденные поступали в реанимационное отделение, где проводилась кратковременная предоперационная подготовка: декомпрессия желудочно-кишечного тракта, парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия, гемостатическая терапия, введение витаминов, кардиотропных препаратов, компенсация больного по витальным функциям. При диагностированных свищевых формах данного порока развития хирургическая тактика зависит от вида свища, его диаметра и протяженности. При ректовестибулярных и промежностных свищах экстренное оперативное вмешательство не выполняется. Проводится отмывание свищевого хода от меконеального слепка и его бужирование до диаметра необходимого для полноценного адекватного опорожнения толстой кишки. В дальнейшем в качестве подготовки к основному этапу операции противоестественный задний проход накладывается в 6 месяцев у детей, находившихся на естественном вскармливании, а у детей с искусственным вскармливанием колостома накладывалась в 3-4 месячном возрасте, в связи с более манифестирующими запорами. Наличие свищей любой другой локализации является показанием к выведению *anus praeter naturalis* сразу после установления диагноза. Толстокишечный свищ накладывался на левую половину толстой кишки. Такая локализация имеет ряд преимуществ: остается достаточный отрезок толстой кишки для ее низведения на промежность, правильно сформированная «шпора» препятствует забросу толстокишечного содержимого в атрезированный отдел толстой кишки, из физиологического функционирования «выключается» минимальный участок кишечника, создаются оптимальные условия для нормального

функционирования практически всего кишечника, что значительно облегчает коррекцию гомеостаза в послеоперационном периоде и проведение предоперационной подготовки перед радикальной операцией.

Разделение хирургического лечения на три этапа позволяет добиться хороших клинико-функциональных результатов лечения, по материалам нашей клиники за последние 10 лет летальных исходов не было, а количество ГСО составляет 11,68% наблюдений.

Иммунологические аспекты у детей с долихосигмой

Стрюковский А. Е., Тараканов В. А.,
Нестерова И. В., Бондаренко С. Б.,
Мазурова И. Г.

Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Целью работы является изучение иммунного статуса у больных долихосигмой. Актуальность проблемы обусловлена сложностью лечения, высоким процентом неэффективности существующих методов терапии - 70-80%, наличием клинических признаков иммунодефицитов у больных. Это позволило предположить наличие вторичных иммунодефицитных состояний у данной группы больных.

Располагаем опытом лечения 64 больных с долихосигмой. Всем проведено иммунологическое исследование с использованием тестов 1-го и 2-го уровней. Изучение иммунного статуса позволило диагностировать его нарушения в 100% случаев. Наиболее часто отмечались дисфункции в системе фагоцитоза - 98,47% наблюдений. На втором месте, по частоте встречаемости стоят нарушения Т-клеточного звена - 76, 33%. Дефекты функционирования гуморального звена иммунитета диагностированы в 41,12% случаев. Комбинированные поражения иммунной системы отмечались у 79,57% наблюдений. При проведении исследования выявлена корреляция между тяжестью органических нарушений и дисфункциями иммунитета.

Иммункоррекция проводилась - при нарушении Т - клеточного звена - иммунофаном; при дисфункции фагоцитарной активности - липоидом, при дисфункции гуморального звена - миелопид; нарушение активности нейтрофильных гранулоцитов - Вифероном. Все препараты использовались в возрастных дозировках. Нормализация иммунного статуса снижала частоту возникновения инфекционных заболеваний и позволяла быстрее купировать проявления хронического колостома.

Проведенное исследование делает перспективным включение иммунокоррекции в комплекс лечения данного контингента больных.