

Количество эритроцитов увеличилось до 3000000 (15,4%), гемоглобина – до 96 г/л (26,3%), ретикулоцитов – до 3,3% (в 3 раза), тромбоцитов – до 280 000 (100%), лейкоцитов – до 3550 (22,4%). МДА снизился до 5,12 мкмоль/л (57,3%), активность К увеличилась до 16,6 мкмоль/мл/мин (25,4%), СОД – до 1,4 у.е./мл (40%), ГП – до 7,0 мкмоль/мл/мин (9,4%).

Таким образом, применение аппарата «Мустанг-2000» было высокоэффективным при хроническом абдоминальном болевом синдроме и панцитопении, связанной с дефицитом железа.

### **Эндотоксикоз и методы его коррекции у детей с аноректальными пороками развития**

Стрюковский А.Е. Тараканов В.А. Мазурова И.Г. Бондаренко С.Б. Барова Н.К.

*КГМА, кафедра хирургических болезней детского возраста, Краснодар*

Одно из центральных мест в нарушении гомеостаза, у детей с аноректальными пороками развития, принадлежит синдрому эндогенной интоксикации. Последний развивается на фоне: врождённого порока развития, оперативного вмешательства перенесённого в раннем неонатальном периоде, колита и дисбактериоза. Он обуславливает развитие таких патологических состояний, как электролитные нарушения, гиподиспротеинемию, различные виды анемий. Классические методы купирования эндотоксикоза (высокие очистительные клизмы с однопроцентным раствором хлорида натрия, инфузии растворов глюкозы и гемодеза, переливание плазмы и компонентов крови) требуют большого временного интервала и имеют большое количество побочных эффектов.

Располагаем опытом лечения 128 детей с различными формами аноректальных пороков развития. Всем детям перед радикальной операцией накладывалась декомпрессионно-разделительная колостома. Контрольную группу составили 64 пациента, которым предоперационная подготовка проводилась по классическим канонам (сформирована историческим методом). Основную группу составили 64 ребёнка. Предоперационная подготовка проводилась по разработанной нами программе. Высокие очистительные клизмы приводя-

щего отдела толстой кишки дополнялись промыванием отводящего отдела по методике «встречных» клизм. Предоперационную инфузионную терапию проводили не низкомолекулярными растворами, а препаратами на основе гидроксипропилированного крахмала (рефортан, стабизол, инфукол). Всем детям основной группы проводилась энтеросорбция препаратами третьего поколения. В комплекс предоперационной подготовки была включена комбинированная метаболитная терапия и сочетанная витаминотерапия. Все препараты использовались в возрастных дозировках. Длительность предоперационной подготовки в обеих группах была практически одинаковой и составляла 11-12 суток.

Предложенная программа лечения имеет ряд значительных преимуществ:

- Коррекция анемии, в контрольной группе, потребовала проведения гемотрансфузий в 81,46% случаев, а в основной – только в 11,16% наблюдений;
- Переливание белковых препаратов, детям получавшим предоперационную подготовку по традиционным методам, для купирования гиподиспротеинемии проводилась в 77,42% случаев, а больным получавшим лечение по созданной программе – в 10,23% случаев;
- Длительность послеоперационного периода сократилась - с 32 суток – в контроле, до - 13,42 койко-дня – у детей составивших основную группу.
- Количество послеоперационных гнойно-септических осложнений значительно снизилось, с 52,41% - в контрольной группе, до 6,92% - в основной группе больных.

Приведённый сравнительный цифровой материал позволяет говорить о достаточно высокой эффективности предложенной программы купирования эндотоксикоза у детей с аноректальными пороками развития.

### **Статистическая обработка данных, полученных при исследовании аномалии положения зубов подростков города Краснодара**

Тайлах М. И., Еричев В. В.

*Кафедра ортопедической стоматологии КГМА*

В 2001-2002 гг. нами было обследовано в г. Краснодаре 2504 ребенка в возрасте от 11 до 16 лет. Из них 1016 (40,6%) мальчиков и 1488 (59,4%) девочек. При проведении осмотра учитывались как