

Таким образом, корреляционный анализ позволяет не только доказать влияние вегетативной нервной системы на формирование дисметаболической кардиомиопатии, но и выявить дифференцированный вклад различных ее структур в этот процесс.

#### **Применение послабляющих средств в лечении долихосигмы у детей**

Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Бондаренко С.Б., Мазурова И.Г.  
*КГМА, Краснодар*

Целью нашего исследования является создание у детей с долихосигмой комплексной программы терапии. В данной работе мы освещаем один из её компонентов - послабляющую терапию.

Располагаем опытом лечения 68 детей с долихосигмой. Из них были сформированы две группы, сопоставимые по возрастно-половым показателям и числу наблюдений – основная и контрольная. В контрольной группе применялась традиционная терапия долихосигмы с применением слабительных средств на основе разнообразных масел. В основной - дети получали лечение по разработанной нами программе, которая включала применение средств с послабляющими свойствами за счет изменения свойств фекальных масс.

Традиционно применяемые минеральные масла вызывали привыкание, блокировали синтез витаминов, выводили микроэлементы, что снижало эффективность комплексной терапии. Растительные масла лишены этих побочных эффектов. Однако, их послабляющий эффект был недостаточен. Их применение в больших дозировках перегружали программу лечения.

Нами в комплексную программу лечения основной группы больных был введен препарат «Дюфалак» с одновременным действием на кислотно-основное состояние желудочно-кишечного тракта. С его применением частота механической очистки толстой кишки сократилась на 42% случаев. За счет нормализации кислотно-основного состояния желудочно-кишечного тракта восстановление колонизационной резистентности микрофлоры толстой кишки наступало в более сжатые сроки.

Продолжительность курса лечения в основной группе 7-14 дней, что в 3 раза меньше, чем в контрольной. Акты дефекации при использовании «Дюфалака» нормализовались на 5 – 8 сутки, что на 9 – 12 дней быстрее относительно контроля. Абдоминальный болевой синдром, у детей составивших основную группу, был купирован в течении 2 суток – на 9 – 14 суток быстрее. Купирование явлений дисбактериоза наступало уже в стационарных условиях и носило стойкий характер. Общая продолжительность лечения составила 1,5 - 2,5 года. Длительность диспансерного наблюдения составила от 2 до 8 лет.

#### **Преоперационная подготовка детей с аноректальными пороками развития на этапе радикального хирургического лечения**

Стрюковский А. Е., Тараканов В. А., Мазурова И.Г., Бондаренко С. Б.  
*КГМА, Краснодар*

Среди патологии детского возраста, корректирующейся только хирургическим путем, особое место занимают аноректальные пороки развития (АРПР) (частота встречаемости 1 : 4000 – 5000 новорожденных). По нашему мнению в настоящее время наиболее эффективным методом оперативного лечения АРПР считается трехэтапная хирургическая коррекция: наложение колостомы, проктопластика по А.Рена и закрытие anus praeter naturalis.

После наложения толстокишечного свища из процесса пищеварения «выключается» участок кишечника, что ведет к нарушению гомеостаза. В ходе проводимого предоперационного обследования детей с различными АРПР были выявлены следующие нарушения гомеостаза: анемия, гиподиспротеинемия, электролитные нарушения, дисбактериоз, нарушения иммунного статуса.

На основании анамнестических данных и проведенного обследования в нашей клинике была разработана и внедрена практика программа предоперационной подготовки, которая включает в себя:

- высоко калорийную диету с высоким содержанием белка и витаминов,
- комбинированную витаминотерапию (витамины группы В парентерально, витамины А, Е, С – энтерально),
- негормональную анаболическую терапию (рибоксин, метилурацил, пентоксил),
- гепатопротекторную и мембранстабилизирующую терапию (эссенциале, гептрал),
- селективную деконтаминацию под контролем анализа кала на дисбактериоз, в сочетании с ферментотерапией (креон) и энтеросорбцией (смекта, эспумизан),
- «механическую» очистку приводящего отдела толстой кишки, осуществляемую высокими очистительными клизмами с 1% раствором NaCl; очистку отводящего отдела кишечника от каловых масс проводили в зависимости от формы АРПР: при свищевых вариантах - встречными клизмами, а при бессвищевых формах – очистительными клизмами
- санацию толстой кишки (орошение просвета толстой кишки комбинацией антибиотиков: аминогликозид + метрогил), которую начинали проводить за 4 дня до операции;
- инфузионную терапию, проводимую с целью создания предоперационной гемоделиции, усиления метаболической терапии (инфукол, 5% раствор глюкозы с ингридиентами, по индивидуальным показателям - переливание эритроцитарной массы и плазмы), ее начинали проводить за 4 дня до операции;
- гемостатическую терапию (дицинон, викасол) – за 2 дня до операции;
- антибиотикотерапию с целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений (ГСО) (цефалоспорины – мецеф);