

ника проводили препаратом «Эрцефуррил». Восстановление качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки в предоперационном и раннем послеоперационном периодах проводилось с помощью эубиотиков (бифидумбактерин, лактобактерин, препарат «Линекс», «Бактисуптил»). На этапах реабилитации при лечении дисбиоза кишечника использовались препараты пробиотического ряда («Хилак-форте»). Применение пробиотиков имеет ряд преимуществ перед эубиотиками: они облегчают пищеварение и всасывание необходимых витаминов и питательных веществ, способствуют формированию собственной микрофлоры кишечника без «нагрузки из вне», а также не инактивируются под действием препаратов, применяемых с целью деконтаминации.

При этом восстановление собственной микрофлоры кишечника происходило за более короткие сроки, что является одним из немаловажных факторов, позволяющих провести полную реабилитацию детей с данной патологией за 1,5-2 года.

ДОЛИХОСИГМА – КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

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

Целью нашего исследования явилось создание комплексной программы лечения долихосигмы у детей. Проведенные нами клинико-лабораторные исследования позволили сделать заключение о некоторых звеньях патогенеза. Рентгенологически диагностированная долихосигма – состояние, проявляющее себя при срыве компенсаторных возможностей организма. Стартом к моменту декомпенсации зачастую служит психоэмоциональный срыв или синдром избалованного ребенка. Стрессовая ситуация подталкивает ребенка изменить свои взгляды на окружающий мир и, формируя новые реакции адаптации, изменяет отношение к акту дефекации. Избалованные дети, получая максимум внимания, не правильно питаются – в основе их питания лежат собственные желания, а не диетические нормы. Они управляют родителями, истеричны и относятся к жизни свысока и, все связанное с актом дефекации, считают ниже своего достоинства. Все перечисленное ведет к формированию синдрома раздраженного кишечника – колита, дисбактериоза кишечника, на фоне аномалии развития толстой кишки.

В комплекс терапии мы ввели психологическое консультирование и воздействие на психоэмоциональные установки. Продолжительность терапии напрямую зависела от «перевоспитания» ребенка. Даже хороший эффект от курса консервативной терапии был не стойким при наличии сложившихся психологических установок.

Каломазание у больных чаще носило психогенный характер, при неизменном тоне анальных сфинктеров. Оно купировалось без специального лечения на фоне коррекции реакций психологической адаптации.

Таким образом, долихосигма – анатомический субстрат для развития синдрома раздраженного кишечника и его следствий, а не самостоятельная болезнь. Исходя из приведенных установок, оперативное лечение долихосигмы ставится под сомнение. Нами такие дети не были оперированы, за исключением случаев вторичного гипоганглиоза – рентгенологически диагностируемого как болезнь Гиршпрунга.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.
Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар

Цель исследования - изучить структуру осложнений после эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) и разработать программу их профилактики.

Материалы и методы. Нами изучены результаты используемой методики ЭС ВРВП у 74 детей с СПГ. Мы применяем интравазальное склерозирование 3 % раствором тромбовара. Преобладали больные с подпечёночной формой СПГ - 59 человек (80,8 %), внутрипечёночная - 7 детей (8,8 %) и комбинированная форма - 8 больных (10,4 %). Большинство пациентов - 62 человека (83,8 %) имели - III-V степень ВРВП. До начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 41 (60,3 %) больных, зачастую имея рецидивирующий характер. ЭС в основном применялось в качестве самостоятельного метода, а также в комплексе с операциями гастроэзофагеального разобщения и сплено-рентального шунтирования.

Результаты. На основании собственного опыта предлагаем выделять постсклеротические реакции и постсклеротические осложнения. Реакции связаны с ответом организма на инъекцию склерозанта. К таким реакциям мы относим: 1) гипертермическую 19 больных (25,6 %); 2) загрудинные боли - 13 человек (17,6 %); 3) дисфагические явления - 14 пациентов (18,9 %). Они характеризуются незначительной выраженностью, кратковременностью и способностью к самостоятельной регрессии без специфического лечения.

В своей практике мы не имели таких тяжёлых постсклеротических осложнений, как перфорация пищевода или приведших к летальному. Осложнения методики ЭС были следующими: стеноз пищевода - 4 пациента (5,4 %); острая пневмония - 2 чел. (2,7 %); пищеводное кровотечение - 1 больной (в 1,4 % случаев). Во всех случаях осложнения купированы консервативно: бужирование пищевода при стенозе, стандартная терапия при пневмонии и гемостатическая при кровотечении. У остальных 67 пациентов (90,5 %) используемая нами схема склеротерапии ВРВП, а также сопроводительная медикаментозная терапия позволила избежать осложнений.

Выводы. Мы считаем наилучшей мерой профилактики осложнений при ЭС ВРВП следующие меро-