

Пациент К., 5 лет. Родители привели ребенка к неврологу по настойчивой просьбе логопеда, с которым ребенок занимался по поводу умеренно выраженной дислалии и полтерна (спотыкания). Логопед отмечала неусидчивость ребенка, повышенную двигательную активность, невозможность удерживать внимание в течение всего занятия. Подобные жалобы высказывали и воспитатели в детском саду. В неврологическом статусе отмечается умеренная гиперрефлексия глубоких рефлексов. При пробах на доминантное полушарие — элементы левшества; со слов родителей, до года левая рука была более активна. Суетлив, много спрашивает, не дослушав до конца ответ. Отмечаются вегетативные реакции со склонностью к симпатикотонии: тенденция к тахикардии, кожа сухая, горячая, при двигательной активности быстро появляется румянец. При проведении доплерографических функциональных проб (по А. Андрееву, 2007) выявлена склонность к вазоконстрикторным реакциям сосудов головы и шеи. При более детальном опросе родителей выяснилось, что после «беготни и криков» может пожаловаться на головную боль. ЭЭГ и нейросонография — в пределах возрастной нормы. Соматически здоров. Опрос родителей по шкалам и наблюдение за ребенком позволяет говорить о СДВГ и клинических признаках недостаточности магния. Было назначено лечение: Магне В6 — 1 таблетка ежедневно в течение 3 мес, лецитин в гранулах — 1 чайная ложка за еду в течение 2 мес, массаж головы и воротниковой зоны — курс № 15; проведена беседа о правилах поведения родителей и даны упражнения для регуляции поведения у ребенка с СДВГ. Изменения в поведении ребенка родители и логопед почувствовали достаточно быстро — через 2 нед от начала нутрициальной поддержки. Было рекомендовано планово показываться неврологу раз в полгода.

Препаратом выбора для коррекции нутрициального статуса у детей с СДВГ может быть элементосодержащий препарат Магне В6 (Санofi-Авентис, Франция), содержащий магний в терапевтической дозе (470 мг лактата магния) и пиридоксин (5 мг). Магне В6 выпускается в ампулах, что удобно для приема внутрь дошкольниками; у школьников и подростков мы используем таблетированную форму.

По ряду причин, среди которых — рост числа детей с отягощенным перинатальным анамнезом, ухудшение социальной и экологической среды и другие негативные факторы, — детей с СДВГ становится все больше. Своевременно, желательно — в дошкольном возрасте, выявить их и начать коррекционные и лечебные мероприятия — общая задача родителей, педагогов и врачей разных специальностей. В дошкольном возрасте в зависимости от результатов терапии возможна тактика перехода от немедикаментозного к медикаментозному лечению; в школьном возрасте у детей с СДВГ без медикаментов уже не обойтись, нутрициальный подход уместен на всех этапах лечения.

Список литературы на сайте www.rusvrach.ru

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER: APPROCHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

A. Skoromets¹, MD; N. Andryushchenko¹, Candidate of Medical Sciences, I. Semicheva², D. Shigashov², Candidate of Medical Sciences

¹Saint Petersburg State Medical Academy of Postgraduate Training; ²«Childhood Psychiatry» Center for Medical Rehabilitation, Saint Petersburg

The scientists state that children with attention deficit hyperactive disorder become more and more. The diagnosis and differential diagnosis, and non-drug and drug correction of this condition are considered.

Key words: attention deficit hyperactive disorder, nutritional status, Магне В6.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

В. Петлах¹, доктор медицинских наук,
А. Коновалов², доктор медицинских наук,
А. Сергеев¹, кандидат медицинских наук,
О. Беляева¹, кандидат медицинских наук,
О. Саркисова¹

¹МНИИ педиатрии и детской хирургии, ²Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

E-mail: vladimirip@front.ru

Представлен алгоритм диагностики и лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью, основой которого являются ее эхографическая диагностика, лапароскопический адгезиолизис и оригинальная методика противоспаечной терапии.

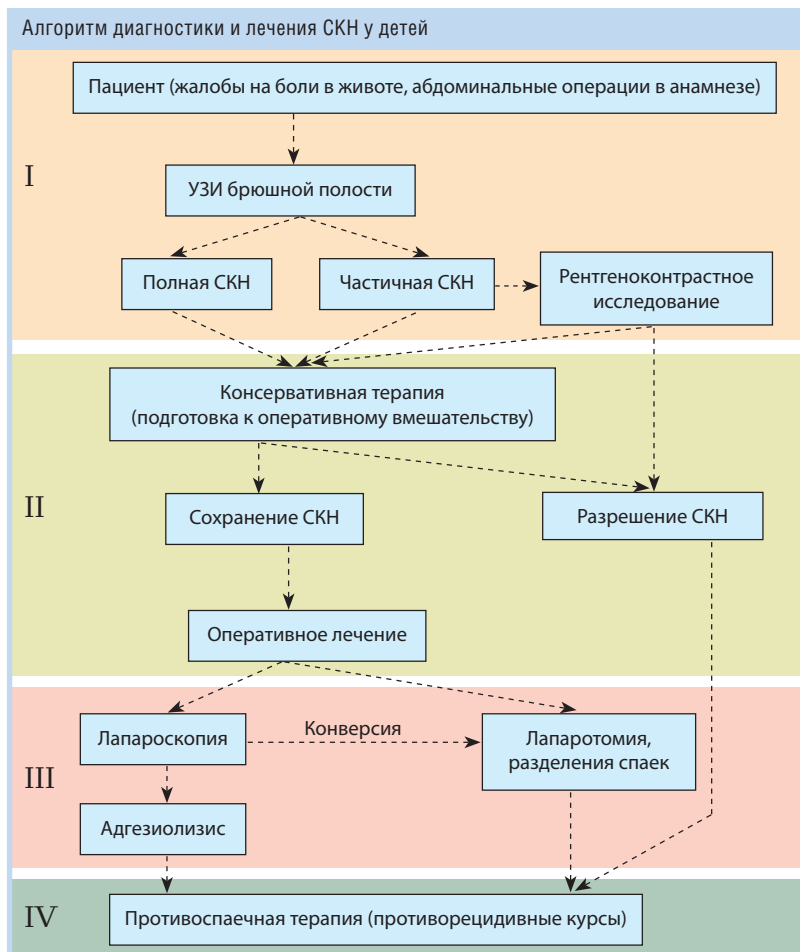
Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, дети, лапароскопический адгезиолизис, эхография.

Проблема диагностики и лечения спаечной кишечной непроходимости (СКН) остается актуальной в хирургии детского возраста. Удельный вес этой патологии составляет от 25 до 75% среди всех видов непроходимости [4, 12, 14]. Традиционные методы лечения СКН малоэффективны, частые рецидивы спаечной болезни и высокая летальность после оперативных вмешательств (1,4–12%) заставляют искать новые подходы к решению данной проблемы [3, 7, 13].

Один из основных путей улучшения результатов лечения СКН — ранняя диагностика, однако информативность традиционных рентгенологических методов (обзорной рентгенографии, рентгеноскопии брюшной полости) в первые часы заболевания составляет лишь 50–60% [2, 7, 11].

В последние годы для диагностики непроходимости кишечника все более широкое распространение получает ультразвуковой (УЗ) метод. Отсутствие лучевой нагрузки, безболезненность, относительная быстрота исследования и неинвазивность метода позволяют использовать его многократно, в том числе для динамического эхографического контроля [6, 15]. Исследованиями, проведенными в нашей клинике, показано, что эхография позволяет не только выявить СНК на ранних стадиях, но и определить ее виды. Так, установлено, что частичная СНК характеризуется визуализацией приводящего отдела кишки с чередованием поступательного и характерного для СНК «маятникообразного» движения химуса. В отличие от частичной для полной СНК характерна прогрессирующая маятникообразного движения химуса в просвете приводящего отдела кишки [10]. Визуализация спаек, петель тонкой кишки, их смещаемости дает возможность минимально снизить риск повреждения кишки во время установки троакаров при лапароскопическом пособии.

Альтернативой традиционной открытой операции в настоящее время является миниинвазивное вмешательство — лапароскопия с последующим адгезиолизисом [1, 4].



Лапароскопический доступ с его минимальной травматизацией тканей создает меньше условий для развития спаек в брюшной полости и связанных с ними осложнений [8]. Опасность возникновения «пункционных осложнений» (травмы крупных сосудов и полых органов) успешно преодолевается применением щадящей, безопасной и эффективной методики прямой пункции брюшной полости тупоконечным троакаром [3]. Лапароскопия позволяет уточнить локализацию и распространенность спаечного процесса, вид ки-

шечной непроходимости и состояние кишечных петель, вовлеченных в спаечный конгломерат.

Профилактика спайкообразования в брюшной полости достигается проведением специфического медикаментозного лечения, разработанного в клинике [5, 9] с учетом современных воззрений на патогенез послеоперационного спайкообразования брюшной полости на этапе фибриллогенеза.

Ранняя эхографическая диагностика, снижение травматичности хирургической операции за счет минимально инвазивного вмешательства и проведение медикаментозной противоспаечной терапии – решить перечисленные взаимосвязанные задачи позволяет предлагаемый алгоритм диагностики и лечения СКН, условно состоящий из 4 этапов (см. схему).

ДИАГНОСТИКА

Эхографическое исследование брюшной полости с учетом клинических проявлений (локализация болей, послеоперационных рубцов, асимметрия передней брюшной стенки; результаты физикального обследования и т.д.) выявляет в предполагаемой зоне наличие расширенных, заполненных жидкостью петель тонкой кишки, соответствующих приводящему отделу. Выполняют полипозиционное сканирование (серия продольных и поперечных сканов брюшной полости) в В-режиме (рис. 1).

Наиболее убедительными являются продольные сканы кишечных петель, фиксированных в виде «двустволок». Для объективной оценки характера движения химуса в просвете приводящего отдела тонкой кишки и исключения ложноположительного результата (колебания химуса в такт дыхательным движениям) необходимо выявить 3–5 маятникообразных движений химуса, не связанных с ритмом дыхания. Эхографическое исследование можно повторять и на последующих лечебных этапах с целью контроля динамики патологического процесса. Для определения уровня непроходимости выполняется рентгеноконтрастное исследование по стандартной методике (пациенту дают 50–100 мл полужидкой взвеси сульфата бария *per os* или вводят через зонд в желудок). При сохранении эвакуации начало появления бария в слепой кишке отмечается через 2–3 ч.

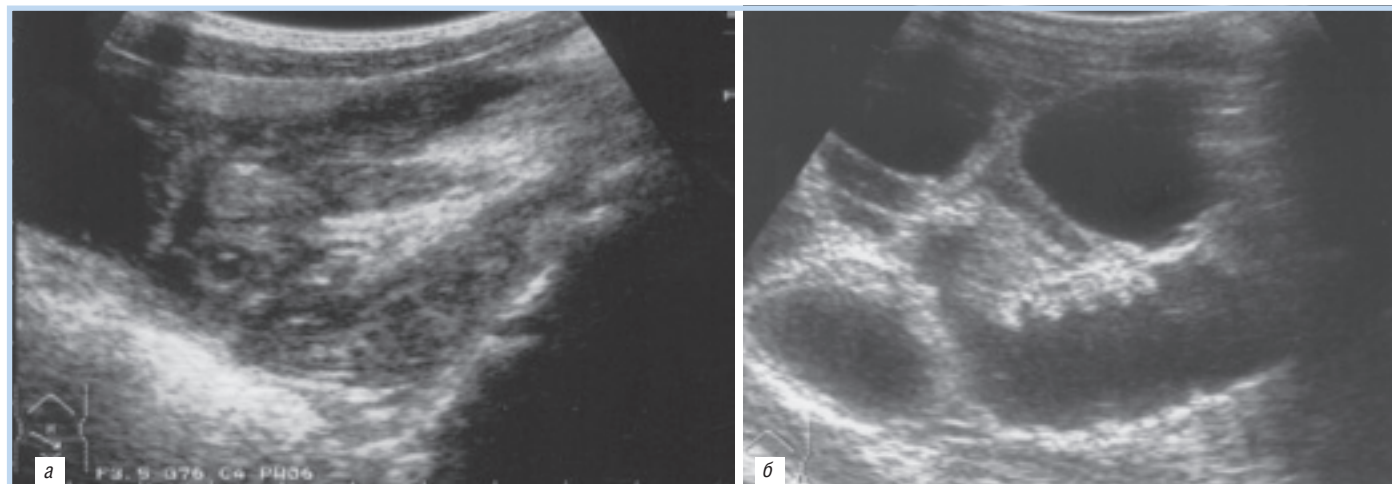


Рис. 1. Эхограммы полной СКН, продольный (а) и поперечный (б) срезы

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ (2-3 Ч)

При постановке диагноза как частичной, так и полной СКН комплекс лечебных мероприятий начинается с обезболивания, коррекции гомеостаза и комплексной стимуляции кишечника.

Адекватное обезболивание достигается с помощью новокаиновых блокад по стандартной методике. У детей до 3 лет преимущественно используют пресакральные новокаиновые блокады, у больных старшей возрастной группы – паранефральные. Коррекция гомеостаза осуществляется под постоянным контролем показателей электролитного и кислотно-основного состава крови с использованием коллоидных, кристаллоидных растворов и препаратов, улучшающих реологию. После проведения стимуляции диадинамическими токами Бернара назначают 3-кратное подкожное введение прозерина в возрастной дозировке с интервалом 20 мин с последующей очистительной клизмой.

Критериями эффективности проведенных консервативных мероприятий являются: улучшение состояния пациента, уменьшение болевого симптома, отсутствие рвоты, наличие стула, отхождение газов. В случае разрешения СКН проводится рентгеноконтрастное исследование пассажа бария с последующим определением наличия бариевой взвеси в стуле.

При сохранении клинических симптомов СКН или их нарастании, отсутствии положительной динамики эзографической картины, ухудшении общего состояния показано хирургическое лечение.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Больные, перенесшие многократные оперативные вмешательства, с установленным при УЗИ тотальным спаечным процессом, подлежат традиционному оперативному лечению открытым доступом.

Остальным пациентам выполняется лапароскопия под общей анестезией. Для лучшей управляемости течения анестезии лапароскопию по поводу СКН проводят под эндотрахеальным наркозом. Техника лапароскопического вмешательства общепринятая. Для пневмоперитонеума предпочтительно использовать углекислый газ. Обязательным условием является использование видеолaparоскопии.

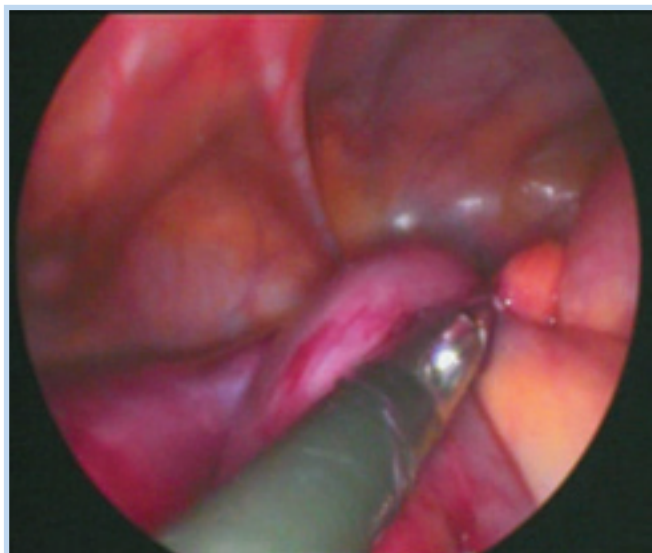


Рис. 2. СКН-странгулирующая спайка

Место введения 1-го троакара определяется по данным УЗИ, а также с учетом локализации послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке.

При осмотре доступных отделов брюшной полости оценивают: уровень перераздутых и спавшихся петель кишки, наличие странгулирующей спайки либо распространенность спаечного процесса в целом, наличие «двустволки», вызывающей перегиб кишечной трубки, наличие инфильтрата, нарушающего проходимость по кишечной трубке (рис. 2).

Выраженный спаечный процесс, наличие признаков некроза кишечной стенки, высокий риск повреждения внутренних органов при лапароскопических манипуляциях являются показанием к конверсии и открытой лапаротомии. При наличии некроза кишечной стенки тонкой кишки производится резекция поврежденного участка кишечной трубки с наложением анастомоза или формированием двойной кишечной стомы [9].

Лапароскопический адгезиолизис. Лапароскопическое разделение (ЛА) спаек осуществляется с использованием стандартного эндовидеолaparоскопического комплекса. В последние 2 года мы с успехом применяем УЗ-скальпель Harmonic. Основной задачей ЛА при СКН является устранение препятствия и восстановление пассажа по кишечнику (рис. 3). При опасности повреждения кишечной стенки производится рассечение только тех спаек, которые стали непосредственной причиной СКН. После заполнения спавшихся кишечных петель и восстановления проходимости проводится ревизия брюшной полости.

ПРОТИВОСПАЕЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Механизм воздействия на спайки. Схематично суть последнего состоит в формировании из коллагеновых цепей нерастворимого зрелого коллагена под влиянием медьсодержащего фермента лизилоксидазы. Снижение активности данного фермента сопровождается нарушением образования поперечных связей, в результате чего коллаген остается в растворимой форме. Способностью изменять активность лизилоксидазы обладает препарат купренил (D-пеницилламин), который связывает и выводит из организма ионы меди; в результате снижается активность фермента. Действие другого препарата – коллалазина, являющегося протеолитическим фер-

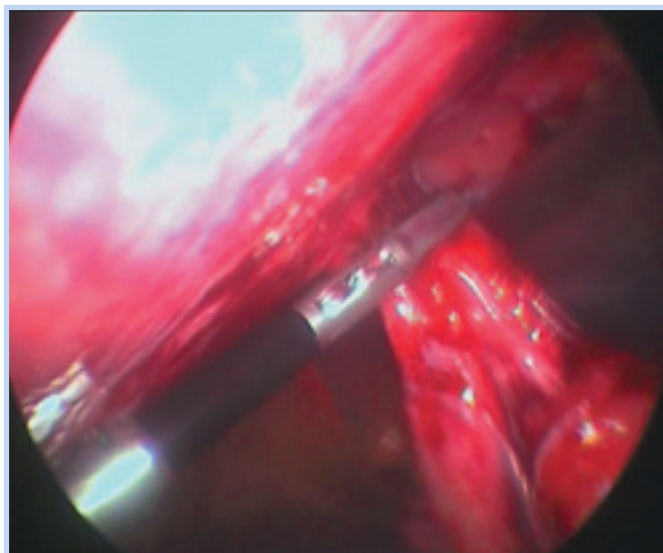


Рис. 3. Лапароскопический адгезиолизис

Видеолекции для врачей



New

УРОЛОГИЯ ДЛЯ ИНТЕРНИСТОВ

В.В. Борисов

Под редакцией член-корреспондента РАМН Ю.Г. Аляева, профессора Е.М. Шилова

Учебное пособие включает 15 видеолекций по широкому кругу заболеваний, с которыми приходится встречаться не только урологам, но и интернистам, – мочекаменной болезни, аномалиям и опухолям почек, острому пиелонефриту, эректильной дисфункции. Также представлена информация о наиболее современных методах лучевой диагностики, применяемых при почечной патологии.



New

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК

Под редакцией академика РАМН И.Н. Денисова,

профессора Е.М. Шилова

Учебное пособие содержит информацию о хронических болезнях почек различной этиологии: первичной почечной патологии, поражениях почек при системных заболеваниях, диабетической нефропатии, нарушении функции почек при тромботических микроангиопатиях, хронической почечной недостаточности и др.



New

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИНЦИПУ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Е.И. Черниенко

Предлагаемое учебное пособие включает теоретические и практические вопросы общей врачебной практики. Предназначено как для руководителей органов и учреждений здравоохранения, так и для врачей первичного звена.



New

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Под редакцией профессора А.Л. Сыркина

В данном учебном пособии рассматриваются вопросы неотложной помощи при остром коронарном синдроме и лечение стабильной стенокардии напряжения. Кроме того, уделяется внимание методам лабораторной и инструментальной диагностики, сложностям при проведении дифференциального диагноза.



New

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Н.А. Новикова

Под редакцией профессора А.Л. Сыркина

В лекциях рассматриваются современные подходы к диагностике и лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST, приводятся примеры конкретных клинических ситуаций, помогающие в практической деятельности.



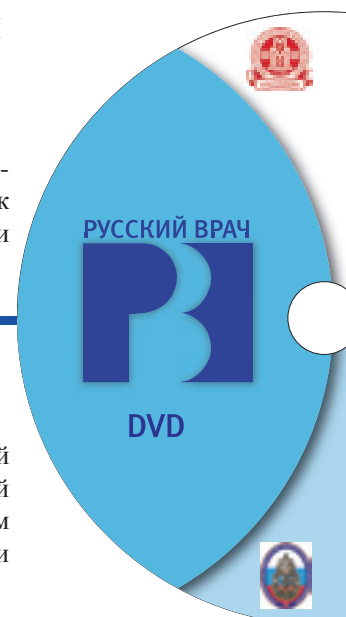
New

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Профессор А.Л. Сыркин

Руководитель проекта – академик РАМН И.Н. Денисов

Ишемическая болезнь сердца – одна из важных причин смертности и инвалидизации населения России. Анализируемые в пособие проблемы диагностики и лечения ишемической болезни сердца актуальны для современной кардиологии.



ментом, направлено на деструкцию коллагеновых волокон. Наибольший эффект достигается при доставке его к спайкам путем электрофореза. Лечебное и профилактическое воздействие достигается при совместном применении Купренила *per os* и курса электрофореза с коллалезином на переднюю брюшную стенку.

Методика лечения. Купренил принимают 1 раз в день. Дозировка: детям до 2 лет – 1/4 таблетки (65 мг), с 2 до 4 лет – 1/3 таблетки (85 мг), с 4 до 8 лет – 1/2 таблетки (125 мг), старше 8 лет – 1 таблетка (250 мг). Физиотерапевтические процедуры (электрофорез с коллалезином) проводятся ежедневно.

Пациентам, перенесшим лапароскопическое разделение странгулирующей спайки, назначают 2–3 курса противовоспалительной терапии с интервалом 3 мес и последующим лапароскопическим разделением остальных спаек в плановом порядке; противорецидивный курс проводят в раннем послеоперационном периоде в течение 7 дней. Оперированные дети наблюдаются амбулаторно с обязательным осмотром и УЗ-исследованием каждые 3 мес в течение первого года и 1 раз в 6 мес в последующие 3–5 лет.

Пациентам, перенесшим ЛА, назначают 2–3 курса противовоспалительной терапии по 10 дней, с интервалом 3 мес и последующим эхографическим контролем; при необходимости осуществляют лапароскопическое разделение спаек в плановом порядке. До и после вмешательства проводятся противорецидивные курсы в течение 7 дней.

Количество консервативных курсов определяется индивидуально и зависит от объема оперативного вмешательства при СКН, выраженности клинического эффекта и динамики эхографических признаков.

Возможные осложнения и способы их устранения. Осложнения лапароскопии разделяются на 2 основные группы. К 1-й группе относится повреждение крупных сосудов в брюшной полости и профузное кровотечение из них. Они могут возникать при закрытом введении троакаров или иглы Вереща и требуют немедленного перехода на открытую операцию (конверсию). Осложнения 2-й группы: перфорация полого или повреждение паренхиматозного органа; эмфизема салника и подкожная эмфизема, раневая серома – решаются манипуляциями в ходе лапароскопии или консервативными методами в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СКН

В 2000–2009 гг. в Детской городской больнице № 9 с послеоперационными спаечными осложнениями находились на лечении 210 детей в возрасте от 8 мес до 16 лет. Из них 158 (75,3%) больных госпитализировались однократно, 33 (15,7%) – дважды и 19 (9,0%) пациентов проходили стационарное лечение от 3 до 11 раз ($\mu=5,9$). С учетом того, что 24,7% больных госпитализировались неоднократно, общее количество обращений составило 336, из них по поводу спаечной болезни – 244 (72,6%) и СКН – 92 (27,4%). Последняя группа – наиболее сложная для диагностики и лечения.

Более 34,9% больных, у которых была диагностирована СКН, пролечены консервативно. У 49 пациентов была выполнена лапароскопия, у 14 в связи с выраженностью патологических изменений (обширный спаечный процесс, некроз кишки, свищ) и техническими трудностями вместо ЛА была осуществлена конверсия. У 7 больных этой группы лапаротомия сопровождалась видеоассистенцией, что значительно облегчило и обезопасило выполнение оперативного вмешательства. Лечение было эффективно в 71% наблюдений (ЛА –

у 35 больных из 49 с лапароскопией). У 11 (12%) больных решение об оперативном лечении принимали сразу в связи с тотальным спаечным процессом (у 6) после многочисленных оперативных вмешательств или отсутствием в дежурной бригаде квалифицированного эндохирурга (в 5 случаях).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 8 лет изучены у 52 пациентов. Анализ показал, что после ЛА с последующей консервативной противовоспалительной терапией у 73% детей полностью исчезли клинические признаки спайкообразования брюшной полости. У остальных отмечено более легкое течение спаечной болезни с отсутствием рецидивов СКН, которые бы требовали повторного оперативного вмешательства.

Полученные успешные результаты лечения детей с СКН позволяют рекомендовать к практическому применению разработанный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий.

Литература

- Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Чуприс В.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2009; 1: 27–30.
- Бобров О.Е. Спорные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острой послеоперационной кишечной непроходимости // Новости медицины и фармации. – 2005; 5: 1–8.
- Дронов А.Ф., Шамсиев А.М., Кобиев Э.Э. Сравнительная оценка лапароскопических и традиционных методов хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Детская хирургия. – 2006; 5: 13–15.
- Козлов О.А., Троян В.В. Лапароскопические технологии в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни у детей / Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Минск, 2007. – 41 с.
- Коновалов А.К. Спаечная болезнь // Детская хирургия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2009. – С. 386–392.
- Легостаева Т.Б., Классовская Н.Ю. Ультразвуковая диагностика острой кишечной непроходимости // Альманах клинической медицины. – 2005; 8 (2): 19–21.
- Мамлеев И.А., Алибаев А.К., Гумеров А.А. Новые подходы к диагностике и лечению ранней спаечной непроходимости у детей // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007; 4: 86–91.
- Розин В.М., Бурков И.В., Лекманов А.У. и др. Реабилитация детей младшего возраста с кишечными стомами: пособие для врачей. – М., 2004. – 28 с.
- Способ дифференциальной диагностики частичной и полной спаечной механической тонкокишечной непроходимости у детей с помощью эхографии. – Патент на изобретение RU № 2337621. – 10.11.2008. – Авторы: Беляева О.А., Розин В.М.
- Тиммербуатов М.В., Сахаутдинов В.Г., Сендерович Е.И. Применение ультразвукового скальпеля при эндовидеохирургических операциях // Эндоскопическая хирургия. – 2007; 13 (1): 92–93.
- Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. – 160 с.
- Brokelman W., Holmdahl L., Bergstrom M. et al. Peritoneal Fibrinolytic Response to Various Aspects of Laparoscopic Surgery: A Randomized Trial // J. Surg. Res. – 2006; 18; 217–222.
- Grant H., Parker M., Wilson M. et al. Adhesions after abdominal surgery in children // J. Pediatr. Surg. – 2008; 43 (1): 152–156.
- Grant H., Parker M., Wilson M. Population-based analysis of the risk of adhesion-related readmissions after abdominal surgery in children // J. Pediatr. Surg. – 2006; 41 (8): 1453–1456.
- Senthikumar M., Dreyer J. Peritoneal adhesions: pathogenesis, assessment and effects // Trop. Gastroenterol. – 2006; 27 (1): 1–8.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT FOR ADHESIVE ILEUS IN CHILDREN

V. Pettakh¹, MD; A. Konovalov², MD; A. Sergejev¹, Candidate of Medical Sciences; O. Belyaeva¹, Candidate of Medical Sciences; O. Sarkisova¹

¹Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery;

²G.N. Speransky Children's City Clinical Hospital Nine, Moscow;

The paper gives an algorithm for the diagnosis and treatment of children with adhesive ileus, the basis of which is its echographic diagnosis, laparoscopic adhesiolysis and an original procedure for antiadhesion therapy.

Key words: adhesive ileus, children, laparoscopy, adhesiolysis, echography.