

Материалы и методы. Эксперименты были проведены на белых крысах самках массой 180-200 г, которые были разделены на 2 группы и находились на стандартном рационе вивария. 1-я – контрольная группа – получала физиологический раствор; животным 2-й группы ежедневно внутрижелудочно вводили ацетат свинца в дозе 30 мг/кг массы тела на протяжении 10 дней. После декапитации животных образцы содержимого кишечника собирали в стерильные флакончики, для количественного определения основных представителей кишечной микрофлоры по стандартной методике.

Результаты. При хроническом энтеральном введении ацетат свинца (в дозе 30 мг/кг массы тела) вызывает выраженные микрoэкологические нарушения в кишечнике, а именно: вызывает снижение общей численности микроорганизмов (в 1,3 раза) по сравнению с контрольной группой. Наблюдается обеднение популяций анаэробных микроорганизмов (в 4 раза): лактобактерий (на 23%), банальных анаэробов – клостридий (на 10%) по отношению к контрольной группе. При этом статистически достоверно повышается содержание аэробных микроорганизмов (в 1,9 раза), быстрорастущих аэробов (на 16%), медленнорастущих условно-патогенных (на 11%), лактоза-отрицательных энтеробактерий (на 14%) на фоне уменьшения популяции кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью (на 18%).

Выводы. Таким образом, хроническое внутрижелудочное введение животным ацетата свинца вызывает дисбиотические изменения, которые характеризуются не только количественными сдвигами, но и изменениями соотношений между популяциями микроорганизмов стабильно присутствующих в микробиоте кишечника.

Литература:

1. Комплексное действие свинца при разных путях поступления в организм человека на Крайнем севере. / Т. Н. Захарина, Л. И. Кирилук, А. А. Буганов, Е. А. Бахтина // Гигиена и санитария. - 2009. №1. - С. 11-15.
2. Oral Lead Exposure Induces Dysbacteriosis in Rats / R. Sadykov et al. // J Occup Health. – 2009. – Vol. – 51. P. 64–73
3. Quantitative approach in the study of adhesion of lactic acid bacteria to intestinal cells and their competition with enterobacteria. / Y. K. Lee et al. // Appl Environ Microbiol. – 2000. – Vol. – 9. P. 3692 – 3699.

ОСНОВНОЙ ВИД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШСПРУНГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ

Самарин И.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Ковальчук В.И.

Актуальность. Болезнь Гиршспрунга (БГ) – второе (после пилоростеноза) по частоте распространения заболевание детей, приводящее к нарушению проходимости желудочно-кишечного тракта. (Pena A. et al.; 1998; Hollwarth V., 2006; Candra A. et al., 2008). Основной способ лечения болезни Гиршспрунга – хирургический, заключается в удалении зоны аганглиоза и частичном удалении изменённого участка толстой кишки в зоне престенотического расширения. (Итала Э.; 2008; Исаков Ю.Ф. и соавт., 2009; Киргизов И.В. и соавт., 2009; Van de Velde S. et al. 2007).

Цель исследования – изучение хирургического лечения Болезни Гиршспрунга в зависимости от клинической формы.

Материал и методы. Обследованы 13 детей, находившихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2011 по 2014 гг. Использован сплошной метод наблюдения за промежутком времени с 20011 по 2014 гг. Источником информации явились «Медицинские карты стационарного больного».

Результаты. Средний возраст госпитализированных детей – 1 год 9 месяцев. Впервые госпитализировано по поводу данного заболевания 9 (69,2%) детей, 4 (30,8%) – повторно.

Заболевание выявлено впервые в возрасте до месяца у 8 (61,5%) детей, у 5 (38,5%) в возрасте старше 1 месяца. Встречаемость форм: ректальная – 2 (15,4%), ректосигмоидная – 6 (46,1%), субтотальная – 5 (38,5%). Мальчики – 9 (69%), девочки – 4 (31%). 8 (61,5%) детей находились на грудном вскармливании, 5(38,5%) на искусственном.

Течение беременности: у 7 (53,8%) матерей было без особенностей; 1 (7,7%) ребенок рожден путем кесарева сечения; 1 (7,7%) – был рожден преждевременно, у 4 (30,8%) матерей наблюдались гестозы. 12 (92,3%) детей были из полных семей, 1 (7,7%) сирота. 11 (84,6%) детей проживают в городе, 2 (15,4%) в деревне.

Основным методом хирургического вмешательства являлась реконструктивно-полостная операция, которая представляет собой резекцию ректосигмоидного отдела толстой кишки из заднесагиттального доступа с наложением прямого колоанастомоза. У 7 (53,8%) пациентов выполнен только первый этап – колостомия (у 1 из них также наложена и илеостомия). У 5 (38,5%) пациентов выполнены все 3 этапа операции.

Трансанальное эндоректальное низведение кишки произведено у 1 (7,7%) пациента.

Осложнения: у 1(7,7%) пациента наблюдалось рубцовое сужение прямой кишки после трансанального эндоректального низведения. У 1 (7,7%) пациента было выявлена несостоятельность колоректального анастомоза.

Выводы:

1. В результате исследования было выявлено, что из 13 детей наиболее чаще встречается ректосигмоидная форма Болезни Гиршспрунга.

2. Основным видом оперативного вмешательства является реконструктивно-полостная операция, которая представляет собой резекцию ректосигмоидного отдела толстой кишки из заднесагиттального доступа с наложением прямого колоанастомоза.

Литература:

1. Тихомирова В.Д. Детская оперативная хирургия.- М.: МИА, 2011.
2. Никифоров А.Н. Хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей: Учеб. Пособие.- Мн.: БГМУ, 2001.