

## ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 24 апреля 2003 г. №162 об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Чесотка».
2. Суид К., Гончарова Я.А. Опыт применения дерматоскопии в педиатрической дерматологии. [Электронный ресурс]//«Здоровье ребенка» — 2011. — Т. 35 — № 8. Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/26086> (дата обращения 08.10.2015).
3. Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории. Методические указания № 2000/180/Т. М. Будумян, Ж. В. Степанова, Е. О. Панова, Н. Н. Потеев. — Екатеринбург, 2001. — 17 с.
4. Berger E.M., Orlow S.J., Patel R.R., Schaffer J.V. Experience With Molluscum Contagiosum and Associated Inflammatory Reactions in a Pediatric Dermatology Practice: The Bump That Rashes // Arch. Dermatol. — 2012. Vol. 148, № 11. — P. 1257-1264.

**А. А. Аржанников, Л. Ю. Черненко**

### ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ У ДЕТЕЙ

*Уральский государственный медицинский университет  
Детская городская клиническая больница № 9  
г. Екатеринбург*

#### **Аннотация**

Проведен анализ результатов диагностики и лечения острых и хронических парапроктитов у детей, представлен метод радикального хирургического лечения при остром и хроническом парапроктитах, проведен анализ причин рецидивирования воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** парапроктит, параректальный свищ, дети.

Отсутствие единых представлений о патогенезе и методах лечения парапроктита приводит к высоким цифрам рецидивирующего течения этого относительно доброкачественного гнойного процесса околопрямокишечной клетчатки. Вопросы диагностики, классификации и лечения острого парапроктита не разрешены и нередко становятся предметом острых дискуссий.

**Цель работы** — обобщить клинический материал по парапроктиту в детском возрасте за 5-летний период среди детей Свердловской области, выполнить клинико-статистический анализ, регламентировать диагностические и лечебные подходы при остром парапроктите у детей.

В статье проведен анализ клинического материала за периоды 2010-2014 гг. Пролечено 325 детей в отделении гнойной хирургии Детской городской клинической больницы №9 и отделении хирургии новорожденных Областной детской клинической больницы №1. Подавляющее большинство заболевших — мальчики (95%). В литературе нет объяснения

такому распределению больных. Вероятнее всего, это связано с природным местным иммунитетом у девочек. Чаще болеют дети раннего возраста (6±2 месяца), что составляет 66%.

По активности воспалительного процесса острый парапроктит делят на острый, рецидивирующий и хронический (свищи прямой кишки). В остром периоде прооперировано 84,7% больных. Пациентов с рецидивирующим парапроктитом прооперировано 12,3%. К этой группе относятся парапроктиты, оперативное лечение которых в остром периоде не привело к выздоровлению. Больных со сформировавшимся свищем прооперировано 3% от общего количества. Причиной хронического парапроктита стало вскрытие парапроктита без рассечения несущей свищ крипты, а также самопроизвольное вскрытие абсцесса при консервативном лечении заболевания.

Клинически парапроктит проявляется локальным отеком, гиперемией кожи, инфильтрацией тканей, флюктуацией, деформацией ануса, местной гипертермией, гнойным отде-

ляемым, болью при пальпации. При хроническом парапроктите ведущую роль для диагностики играет анамнез заболевания. Локально признаков воспаления может не быть. Определяется наружное отверстие параректального свища.

Лечение парапроктита проводится с соблюдением традиционных подходов к принципу лечения гнойно-воспалительного заболевания. Воздействие на местный очаг заключается в применении патогенетически обоснованной операции — это вскрытие парапроктита с обязательным иссечением морганиевой крипты как устья выводного протока воспаленной анальной железы.

Этапы операции при остром парапроктите: радиальный разрез кожи в параанальной области над местом наибольших воспалительных изменений, вскрытие абсцесса. При ревизии полости абсцесса выявляем внутреннее отверстие свища, открывающегося в анальную крипту. По желобоватому зонду выполняем рассечение свища, открывающегося в крипту.

Этапы операции при хроническом парапроктите: через наружное отверстие имеющегося параректального свища проводим пуговчато-желобоватый зонд по направлению к причинной крипте ануса; свищевой ход иссекается клиновидно по зонду; при необходимости накладываются наводящие швы на рану.

В послеоперационном периоде проводится антибиотикотерапия, симптоматическое лечение, перевязки, физиолечение.

#### Выводы:

1. Парапроктит у детей — относительно нередкое заболевание, не представляющее трудности в диагностике.

2. Консервативное лечение данного заболевания не приводит к успеху, так как требуется ликвидация причины парапроктита.

3. Радикализм оперативного лечения в острую фазу воспаления позволяет исключить рецидивирование и хронизацию воспалительного процесса в параректальной клетчатке.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия [Текст]/К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — СПб.: Пит-Тал, 1997. — Т2. — 392 с.
2. Баиров Г. А. Гнойная хирургия детей [Текст]: рук-во для врачей/Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 267 с.
3. Столяров Е. А. Хирургическая инфекция. Руководство для врачей общей практики [Текст]/Е. А. Столяров, Б. Д. Грачев. — М.: Медицина. — 2004. — 229 с.

**Н. М. Багирова**

### ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДЕТСКОГО РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Детская городская клиническая больница № 9  
г. Екатеринбург*

#### Аннотация

Представлен опыт работы медицинской сестры реанимационного отделения крупного многопрофильного лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** дети, организация сестринского дела.

Проблема неотложных состояний у детей занимает одно из ведущих мест в педиатрии. Развитие угрожающих состояний обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского возраста, лабильностью ней-

рогуморальной регуляции основных функций организма, быстрой истощаемостью адаптационно-приспособительных механизмов при продолжительном и интенсивном воздействии повреждающих факторов. Современные