Все дети после перенесенного НЭК как после консервативного, так после оперативного лечения нуждаются в диспансерном наблюдении детского хирурга, гастроэнтеролога.

Описаны поздние осложнения НЭК в виде кишечной стриктуры как результат воспаления, завершеного фиброзом. Данное осложнение приводило к развитию механической кишечной непроходимости и требовало резекции кишки.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРБЕПЕНЕМАМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Т.Б.Аболина, Н.Н. Кузнецов, Г.А. Вершинина, В.В. Цап.

Взаимоотношение микроорганизмов и человека характеризуется циркуляцией в природе атипичных штаммов хорошо известных групп патогенных микроорганизмов, появлением новых инфект-агентов, увеличением в человеческой популяции пропорции лиц с иммунодефицитными состояниями (Агапова Е.Д., 1998, Мионов П. И., 1998). Количество назначаемых химиопрепаратов из года в год увеличивается, что приводит к увеличению антибиотико-резистентных штаммов и нарушению эволюционно сложившихся биоценозов. Поэтому вопросы этиотропного лечения в настоящее время также важны, как и в доантибиотическую эру.

В то же время применение массивной антибактериальной терапии связано с опасностью иммуносупрессивного действия, усугублением катаболических процессов, особенно у новорожденных с их несформировавшейся еще эндофлорой. По-прежнему, ведутся дискуссии о целесообразности и выборе метода антибактериальной терапии у этого контингента больных.

Некротизирующий энтероколит, как любое воспаление, особенно в терминальной стадии, сопровождается комплексом метаболических реакций, сопровождающихся распадом тканей, резорбцией продуктов распада, накоплением микробных токсинов, ретенцией продуктов катаболизма. В настоящем анализе, проведенном в 2002 году в областной детской больнице города Екатеринбурга, представлена оценка эффективности проводимой антибактериальной терапии тиенамом при помощи комплекса гематологических, гемостазиологических, эндотоксикологических и оптико-поляризационных параметров, названных адаптограммой.

Все дети поступали в стационар в крайне тяжелом состоянии с развитием перфорации кишечника в разных отделах, разлитым перитонитом. Первая группа состояла из 16 детей, показатели адаптограммы исследовались в первые сутки после операции - лапаротомии, резекции участка кишечника, санации и дренирования брюшной полости, а затем на 9-11 сутки после окончания монотерапии тиенамом. 10 детей выжили, 6 умерли.

Динамика показателей у выживших была следующей: количество тромбоцитов в первые сутки составляло $162 \pm 81 \times 10^9/\text{л}$, при завершении терапии $-488 \pm 52 \times 10^9/\text{л}$, концентрация фибриногена существенно не менялась: $2,7 \text{ г/л} \pm 0,4 - 2,73 \pm 0, 23 \text{ г/л}$, гемостазиологические нарушения сопровождались признаками гиперкоагуляции, появлением продуктов паракоагуляции, признаками ДВС-синдрома. Ортофенантролиновый тест составлял $14,2 \pm 4,5$ и имел нулевое значение к окончанию терапии. Лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа (ЛИИ) имел значение $2,4 \pm 0,5$ и уменьшался до $0,52 \pm 0,08$. Концентрация молекул средней массы (МСМ) плазмы и эритроцитов была следующей соответственно: в плазме при длине волны $254 \text{ нм} - 581 \text{ ед.}$, $- 503 \text{ ед.}$ при $280 \text{ нм} - 555 \text{ ед.}$ $- 481 \text{ ед.}$, на эритроцитах при $260 \text{ нм} - 627 \text{ у.е.}$ $- 603 \text{ ед.}$, при $280 \text{ нм} - 406 \text{ ед.}$ $- 403 \text{ ед.}$, показатель преломления цитратной плазмы $- 1,3437 \pm 9$, на день окончания терапии - повышался незначительно $- 1,3442 \pm 7$, снижалась активность протеолиза, увеличивалась антипротеазная активность плазмы ($-4,6 \pm 2,0 - -2 \pm 2$), связывающая способность альбумина увеличивалась ($58\% - 70\%$).

Вторая группа детей с некротизирующим энтероколитом и перитонитом, состоявшая из 7 детей, получала тиенам, начиная с 7 дня после операции после курса цефалоспоринов 2-ого поколения в сочетании с аминогликозидами. 6 детей выжили, 1 ребенок умер.

Исследование проводилось трижды: в первые сутки после операции - после окончания первого курса антибиотиков и на 10-14 день после терапии тиенамом. Динамика показателей у 6 выживших следующая: количество тромбоцитов: $97 \pm 17 \times 10^9/\text{л} - 149 \pm 34 \times 10^9/\text{л} - 202 \pm 28 \times 10^9/\text{л}$, концентрация фибриногена $-1,75 \pm 0,2 - 1,6 \pm 0,5 - 2,1 \pm 0,2 \text{ г/л}$, паракоагуляционные тесты нормализовались: ортофенантролиновый $-11,8 \pm 5,5$ становился нулевым после терапии тиенамом. ЛИИ $- 2,93 \pm 0,5 - 1,40 \pm 0,52 - 0,49 \pm 0,05$. Концентрация молекул средней массы плазмы и эритроцитов была следующей соответственно: в плазме при длине волны $254 \text{ нм} - 932,5 - 680 - 481$, при $280 \text{ нм} - 720 - 602 - 586$, на эритроцитах при $260 \text{ нм} - 647 - 360 - 300$, при $280 \text{ нм} - 442 - 340,5 - 333 \text{ у.е.}$, показатель преломления цитратной плазмы $- 1,3431 \pm 12$, на день окончания терапии тиенамом $- 1,3450 \pm 10$, снижалась активность протеолиза.

У умерших детей оценить эффективность не представляется возможным, так как при поступлении эти дети имели более тяжелые признаки эндотоксикоза и дисметаболизма,

характеризовавшие переход системного воспалительного ответа к формированию мультиорганной дисфункции: глубокая тромбоцитопения до $12 \times 10^9/\text{л}$., гипофибриногенемия, (1,5г/л), активированный протеолиз, нарастание признаков эндотоксикоза (концентрация МСМ плазмы увеличилась за 3 дня в 4 раза).

Таким образом, динамика показателей адаптограммы свидетельствует об эффективности монотерапии тиаминам как в эскалационном, так и в дескалационном режиме, но более быстрая динамика клинико-лабораторных показателей позволяет рекомендовать при перитонитах у новорожденных дескалационный режим.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Е.Е.Бобковская, Н.П.Федорова, В.Б.Чудаков

За последние годы значительно увеличилось число новорожденных детей, имеющих пороки развития почек, что может быть связано как с абсолютным увеличением частоты этих аномалий, так и с улучшением их антенатальной диагностики.

Наиболее частыми пороками развития мочевыделительной системы у новорожденных детей являются

- гидронефроз;
- стенозирующий или рефлюктирующий уретерогидронефроз;
- кистозная дисплазия почек.

Ведущим клиническим симптомом у новорожденных с этими аномалиями почек является наличие объемного образования в брюшной полости и мочевого синдрома при присоединении вторичной инфекции.

При двустороннем процессе отмечаются симптомы почечной недостаточности:

- метаболический ацидоз;
- повышение концентрации мочевины и креатинина;
- гиперкальсемия.

Анатомо-физиологическими особенностями периода новорожденности являются низкий диурез в первые дни жизни, низкая концентрационная способность почек, низкая величина клубочковой фильтрации. Учитывая данные особенности и характер патологии, считаем целесообразным, проводить следующие методы обследования: