

Удовлетворительными признавали – результаты заднесагиттальной проктосфинктеропластики у 3-х, преднесагиттальной - у 2 больных. Дети в большей степени контролировали стул, чувствовали позывы на дефекацию, но не удерживали жидкий кал. У некоторых больных отмечались запоры, которые поддавались консервативной терапии. Ребенок сохраняет социальную адаптацию, т. е. ходит в школу, в локальном статусе - промежность имеет нормальный вид, анус расположен на естественном месте, сомкнут, анальный канал пропускает буж соответствующего возраста номера или умеренно стенозирована, но сфинктер эластичен. Тонус сфинктера и анальный рефлекс определяются, но снижены.

Неудовлетворительные результаты лечения зарегистрированы у 2-х больных после заднесагиттальной проктосфинктеропластики. У этих пациентов удерживающий аппарат прямой кишки отсутствует, социально не адаптированы.

Таким образом, на основании собственных результатов хирургической коррекции аноректальных пороков развития через переднесагиттальный доступ позволяет делать следующие выводы:

- доступ малотравматичен;
- дает хороший косметический и функциональный результат в отдаленном периоде;

- сфинктеропластика проводится под непосредственным визуальным контролем и позволяет уложить мобилизованную кишку в центре сфинктерного аппарата с хорошим функциональным исходом и социальной адаптацией.

- не повреждаются задние сегменты сфинктера прямой кишки.

Литература:

1. Баиров Г.А., Островский Е.А. Хирургия толстой кишки у детей. – Ленинград. - «Медицина». -1974. –с.207.
2. Исков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Ранние радикальные операции при коррекции аноректальных аномалий у детей. – Хирургия. – 1988. -№7. –С.3-9.
3. Ленюшкин А.И., Панкевич Т.Л., Алексеевских Ю.Г., Сафонова Е.Е. PEASP – синдром (новая концепция патогенеза Currarino - триады ASP) // актуальные проблемы проктологии (тезисы докладов конференции). СПб.,-1993.–С.125-126.
4. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста.–Москва.–«Медицина».-1999.-с.365.
5. Rintala R.J., Jarvinen H.J. Congenital funnel anus // J. Pediatr. Surg / - 1997. –Vol. 32. - № 9. –P. 1221-1225.

УДК 616.33-005.1

ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

М.М. Гладинец, Ю.А. Коляко, К.М. Габдулгазизов, З.А. Кузбергенова, Б.С. Каронов
Государственный медицинский университет г. Семей

Каждый хирург-клиницист в своей практической деятельности встречается с пациентами, доставленными в хирургическую клинику с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным гастро-дуоденальным кровотечением. Тем более, что данные литературы указывают на то, что в настоящее время количество больных с кровотечением каждый год увеличивается. Язвенное кровотечение часто подкрывается внезапно и возникает на фоне полного благополучия, в любое время суток. И больше всего тревог и волнений доставляет хирургам, теряющим иногда больного из-за несвоевременного распознавания патоморфологического источника кровотечения.

По современным литературным данным, многих исследователей привлекает внимание изучение иммунологических нарушений при язвенном кровотечении, проявляющимся с вторичным иммунодефицитом. В клинике изучены факторы иммунной системы у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением у 172 больных, в различные сроки от момента поступления до выписки из стационара. Возраст больных от 18 до 75 лет. У 38 наблюдали язву желудка, язву двенадцатиперстной кишки – у 131, 3 - двойные язвы зеркальные. Резекция желудка по Гюфмейстеру-Финстереру произведена 36-больным, Макки-Шалимова - 15, с наложением гастродуоденоанастомоза - 42, СПВ - 11, паллиативные с иссечением язвы - 3, у 5 - прошивание кровоточащих сосудов. У 60 пациентов проводилось лекарственная эндоскопическая клеевая аппликация кровоточащей язвы по предложенной нами методике.

Группой сравнения служили показатели 35 практически здоровых лиц в возрасте от 22 до 55 лет. У боль-

ных изучали абсолютное и относительное содержание лимфоцитов в периферической крови. Количественное содержание Т-лимфоцитов определяли по реакции спонтанного розеткообразования (Е-РОК), количество Т-хелперов, Т-супрессоров определяли, используя технику розеткообразования Т-лимфоцитов с теофиллином. Функциональное состояние Т-лимфоидных клеток определяли по реакции бласттрансформации РБТЛ с митогеном ФГА. Содержание В-лимфоцитов определяли при помощи реакции ЕАС-розеткообразования ЕАС-РОК, иммуноглобулины сыворотки крови классов А, М и G методом радиальной иммунодиффузии. Содержание лимфоцитов у больных с язвенным кровотечением было достоверно снижено до $1,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ($21,5 \pm 2,9\%$), у здоровых $2,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ($29,0 \pm 2,7\%$, $P < 0,05$). У больных с язвенным кровотечением снижение лимфоцитов обусловлено кровопотерей и не исключается перераспределение лимфоцитов из сосудистого русла в зону воспалительного язвенного инфильтрата и кровяное депо. У больных с гастродуоденальным кровотечением язвенного происхождения выявлено Т-клеточная недостаточность, выраженное снижение спонтанного розеткообразования (Е-РОК) до $38,9 \pm 2,3\%$ (у здоровых $58,0 \pm 0,7\%$, $P < 0,05$) и пролиферативная активность (РБТЛ на ФГА) до $29,2 \pm 2,8\%$ (при норме $60,5 \pm 2,1\%$, $P < 0,05$). При исследовании Т-супрессоров (теофилинчувствительных) Е-РОК имело место снижение их активности ($10,9 \pm 1,8\%$ вместо $13,8 \pm 2,9\%$, $P < 0,05$) у доноров. Активность Т-хелперов (теофилинчувствительных) Е-РОК существенно не изменялась ($20,2 \pm 2,2\%$ при норме $19,8 \pm 1,8\%$).

Количество В-лимфоцитов при ЯБЖ и ДПК осложненной кровотечением в начале кровопотери почти бы-

ло неизменным при норме $23,0 \pm 0,6\%$, ($P < 0,05$), а иммуноглобулины всех классов имели тенденцию к некоторому повышению. У этой же категории больных в предоперационном периоде был снижен резко титр комплекта на 48% (при норме $0,26 \pm 0,005$ у.е.) РБТЛ на желудочный и двенадцатиперстный антиген были положительными (соответственно $2,8 \pm 0,88\%$ и $5,6 \pm 0,70\%$) у 30 и 35 обследованных больных. Выявлена определенная закономерность у больных с язвенным кровотечением, выраженное угнетение неспецифических факторов защиты и клеточного иммунитета, активизация процессов аутоаллергизации. Полученные данные дают основание сделать вывод, что своевременный анализ показателей иммунных сдвигов в организме у больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной природы может быть использован для оценки эффективности консервативной терапии уточнения индивидуализированных сроков оперативного вмешательства. Выявление у больных с хронической язвенной болезнью желудка и ДПК осложненной кровотечением предположительно вторичного иммунодефицита и аутоаллергизации больным в комплексе эндоскопической предоперационной подготовки назначались иммуномодуляторы, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия (спленин, левамизол, тималин, свежечитратная кровь, белковые препараты), чрескожное лазерное облучение селезенки, тимуса и другие методы. На фоне проведенной предоперационной подготовки у больных с язвенным кровотечением риск операции был минимальным. В послеоперационном периоде проводилась активная комплексная иммуномодулирующая терапия.

В раннем послеоперационном периоде были снижены показатели клеточного иммунитета $37,8 \pm 0,2\%$, Тс-до $8,9 \pm 0,7\%$. Повышение В-лимфоцитов ЕАС-РОК- в пределах $27,1 \pm 0,6\%$, иммуноглобулинов всех классов, объясняется оперативным вмешательством. Содержание Т-лимфоцитов у больных через 3 недели после операции составило $52,4 \pm 0,4\%$, В-лимфоцитов - $22,8 \pm 0,6\%$, иммуноглобулинов А, М, G $3,6 \pm 0,1$ г/л, $1,9 \pm 0,6$ г/л, $13,4 \pm 0,6$ г/л. Более выраженные иммунологические нарушения отмечены у больных перенесших операцию резекцию желудка на фоне невосполненной кровопоте-

ри и малозначительные после изолированной СПВ и у больных, которым проводилась консервативно-эндоскопическая лекарственная терапия под клеевой аппликацией, в комплексе с другими методами лечения.

В заключении следует отметить, что у больных с ЯБЖ и ДПК, осложненной кровотечением, выражены значительные изменения в иммунной реактивности организма, чем при других осложнениях ЯБ. В связи с этим, тщательное изучение иммунодефицита у этой категории больных, будет способствовать индивидуализированной адекватной, лечебной тактике, определение групп больных нуждающихся в экстренной или срочной операции или проведение локально-лекарственной эндоскопической малой хирургии, язвенной поверхности клеевыми аппликациями, а также применение иммуномодуляторов, репаративных регенерации язвенного процесса. Для стимуляции клеточного и гуморального иммунитета проводилось чрескожное лазерное облучение тимуса и селезенки.

Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. Т.1 - 2, 2008г
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. Б.м., - 2006г.
3. Malferbeinger R., Megraud F., O'Morain C et al Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – The Maas – tricot III Concens Report Gut 2007; 56; 772-81.
4. Пиманов С.И., Макаренко Е.В., Кролева Ю.И. Обоснование эмпирической эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Клин.мед., 2006; 84(1), 74-6, Влияние эрадикации Helicobacter pylori на морфологические изменения слизистой оболочки желудка, Арх.пат.2006, 68(5), 22-7.
5. Fock K.M., Talley N.S., Moayedi P. et al Asta Pacific consensus guideline on gastric cancer prevention S.Gastroenterol Hepatob, 2008, 23; 351-65.
6. Никулин Б.А., «Оценка и коррекция иммунного статуса», М., - 2008 г.
7. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. - М Аллергология и иммунология. Национальное руководство. - 2009. - 656С.

Ауыратын адам организміндегі иммунопато-логиялық қозғалыстар мен жаралық қан кетулер

М.М. Гладинец, Ю.А.Коляко, К.М. Габдулгазизов, З.А. Кузбергенава, Б.С. Каронов

Созылмалы асқазан - дуоденальды жаралардан, жедел асқазан – ішектік қан кетуі бар науқастардың перифериялық қан құрамында иммунокомпонентті жасушалар мөлшері төмендеп, Т- мен В- лимфоциттерге спецификалық макроциттері жоқ лимфоциттердің мөлшері жоғарылайды. Осы лейкоциттер популяциясының құрылған қатынасы ойық - жарасы бар науқастарда постгеморрагиялық және постоперациялық кезеңдерде, қан кету арыулығының дәрежесіне тәуелсіз күйде, тұрақты сақталатын иммундық жүйе болып табылады.

Қан кетудің аур дәрежесімен операциядан кейінгі іріңді асқинулар кезінде Т- және В- клеткаларының иммунодефициті терендеп, бір айдан 90 тәулікке дейінгі уақыт аралығында бастыпқы қалпына келеді. Ауыр дәрежедегі қан кетудің өзінде қан құрамындағы иммуноглобулиндер үш негізгі иммуноглобулиндер кластарының G, В- және, М мөлшері, қалыпты көрсеткіштерден ауытқымайды.

Immune disturbances in organism of patients with ulcerative bleeding

M.M. Gladinets, Ю.А. Koliako, K.M. Gabdulgazizob, Z.A. Kuzbergenoba, B.S. Caronov

In the conclusion it is necessary to notice, that patients with a peptic ulcer of a stomach and a duodenum complicated by a bleeding, appreciable changes in immune reactivity of an organism are expressed, than at other complications of peptic ulcer. In connection with it, careful studying of an immunodeficiency at this category of patients, definition of groups of patients of requiring in emergency or urgent operation or carrying out of locally-medicinal endoscopic small surgery, an ulcerative surface glutinous applications, and also application immunomodulators, reparants of neogenesis of ulcerative process will promote individualised adequate, medical tactics. For stimulation of cellular and humoral immunity was lead laser irradiation of thymus and lien.