

1. непроходимость у детей, диагностика и лечение // Пермский медицинский журнал. - 2008. - Том 25. №3. - С.28-33.

2. Ерекешов А.Е., Разумов А.А., Разумов С.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М. Диагностика и лечение ранней спаечной кишечной непроходимости при аппендикулярном перитоните у детей // Астана медициналық журналы. - 2005. - №1. - С.80-82.

3. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Острая спаечная кишечная непроходимость В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство // под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.:ГЭОТР - Медиа, - 2009. - С.379-380.

4. Новые возможности лечения пареза кишечника у детей с перитонитом // В кн.: Новые направления в диагностике и лечении хирургической инфекции у детей. - Москва. - 1988. - С.126.

УДК 616.345-002-053.2

## ОМЫРАУ ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ПАРАПРОКТИТТИ ЕМДЕУ

М. Санбаев

*Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,  
балалар хирургиясы кафедрасы*

**Резюме**

**Лечение парапроктита у грудных детей**

**М.С. Санбаев**

*На основании изучения результатов лечения 167 новорожденных и грудных детей с парапроктитом, установлено, что хирургическое лечение парапроктита целесообразно осуществлять одновременно с коррекцией дисбиотических расстройств.*

**Summary**

**TREATMENT OF PARAPROCTITIS AT CHILDREN**

**M.S. Sanbayev**

*On the base on results of 167 newborns and babies with paraprocititis was determined, that surgical treatment of paraprocititis is advisable to realize simultaneously with correction of disbiotic disorders.*

Балалардағы парапроктитке көптеген жұмыстар арналса да, кейбір сұрақтар әлі де өз шешімін таппаған. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің жиілігі өте жоғары 22-60%-ды құрай отырып, 50% жағдайда аурудың қайталануы байқалады [1]. Сонымен қатар парапроктиттің дамуы туралы білім жеткіліксіз болғандықтан жасалған емнің нәтижесіздігі байқалады. Сондықтан парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуді зерттеу маңызды мәселе болып есептеледі.

Зерттеу мақсаты. Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенез ерекшеліктерін және емдеуін зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Семей қ. ММУ балалар хирургиясы клиникасында парапроктитпен емдеуде жатқан 167 науқастың емдеу нәтижелері сарапталды.

Емдеу нәтижелері қарау және анкета толтыру арқылы 6 айдан 2 жылға дейін жүргізілген. Қабыну аймағындағы және шеттегі микрофлораны бактериологиялық зерттеу, іріңді және нәжісті әртүрлі орталарға себу арқылы аэробты және анаэробты бактерияларды санау жүргізілді.

Нәтижелер мен талқылау. Парапроктиттің бір жасқа дейінгі 167 науқастың арасында таралу жиілігі зерттелінді.

Аурудың байқалуы 10 тәулікке дейінгі омырау жасындағы балаларда (10%), туғаннан кейін 12 тәуліктен 30 тәулікке дейін (39%), 1 айдан 2 айға дейін (26%), 3 айдан 6 айға дейін (22%), 6 айдан 1 жасқа дейін (3%). Ұл балалар - 35%, қыз балалар 65% құрады. Аурудың жедел ағымы 90,7% нәрестеде, рецидивті түрі 7% және созылмалы 2,3% балаларда кездеседі.

Аурудың дамуына көп жағдайларды транзиторлы ішек бұзылыстары (диаррея - 46%, іш қату - 2%) және 42% жағдайда жедел респираторлық вирустық инфекция себеп болған.

Омырау жасындағы балаларда жедел парапроктит дене температурасының көтерілуінен, мазасыздану және тәбетінің төмендеуінен басталған. Балалардың мазасыздануы нәжіске отырған кезде, шат аралығын тазалап жуу кезінде күшейе түскені анықталған. Көпшілік ауруларда іш өтуі, ал аурулардың 1/3 бөлігінде іш қату байқалған. Аурудың басталуынан 2-3 тәулік өткеннен кейін артқы тесіктің айналасында инфильтрат анықталды. Көп жағдайларда анальды тесікке жақын орналасқан тері қаптарлары инфильтрат аймағын саусақпен басып қарағанда ауырсыну анықталады.

Ауруханаға кеш түскендіктен іріңдіктің тік ішек ішіне жарылуы 0,7% жағдайда байқалды. Парапроктиттің созылмалы түрі жедел қабыну үрдісінен кейін ұзақ уақыт жарадан серозды бөліністің ағыуымен сипатталатын жыланкөз пайда болған. Парапроктиттің рецидивті түрі 7% науқастарда байқала отырып, 6,3% 3 рет, 2,4% 4 рет қайталанып, 1% науқастарда тік ішекке жарылуы болды.

Парапроктит диагнозы аурудың клиникалық көріністері және тік ішекті саусақпен тексеру нәтижесінде қойылды. Соңғысы парапроктиттің жоғары орналасқан түрін уақытында анықтауға мүмкіндік туғызады. Тексеру кезінде 87,1% жағдайда тек анальды тесік аймағында инфильтрат анықталған, флюктуация белгілері болмаған, тек ауырсыну симптомы анықталғандықтан,

инфильтратқа пункция жасау арқылы диагноз қойылған.

Жедел парапроктиттің негізгі емі – хирургиялық жолмен іріңдікті ашу және дренаждау болып табылады. Ол кезде 0,5-2,5 мл мөлшерінде сұйықсұр-ақ түсті ірің бөлінуі байқалды.

Іріңнен грамм оң кокктар: 63%, грам теріс оң кокктар 31% и 6% жағдайда іріңдік стерильді болды. Ішек микрофлорасын зерттеу кезінде негізінен дисбиотикалық өзгерістер анықталды. Дисбактериоз диагнозын клиникалық мәліметтермен және микробиологиялық тексеру арқылы дәлелденіп отырды. Дисбактериоздық белгілері 76,3% омырау жасындағы балаларда анықталды. Омырау жасындағы балаларды жалпы жағдайының нашарлауы, тәбетінің төмендеуі, ішектік синдром байқалады. Микробиологиялық дәлелдемелерде эшерихиялардың жоғарылауы, қасиеттері өзгерген штаммалар, кокктар санының көбеюі, шарты патогенезі грамм теріс таяқшалардың анықталуы байқалды.

Иммунологиялық зерттеулер жүргізгенде Т және В лимфоциттердің функциональды белсенділігінің төмендеуі анықталды.

Омырау жасындағы балаларда парапроктиттің патогенезін ескере отырып жедел іріңдікті ашумен қатар антибиотиктер тағайындау және ішек дисбиозын түзету қажет. Кейінгі емді биоактивті қосындылар мен қорғаушы факторлармен

толықтырылған езбелерді қолданады. Ішек микрофлорасын қалпына келтіру үшін бифидумбактерин, лактоглобин препараттарымен 7-20 күн аралығында жүргізіледі.

Жіңішке ішек функциональды жағдайын жақсарту үшін мезим форте, фестал, энзистал қолданылды. Сонымен қоса құрамында зат алмасудың стерильді концентраты бар хилак-форте қолданылды. Міндетті түрде дәрумендермен оның ішінде В тобы тағайындалды.

Баланың иммундық жүйесінің даму заңдылығын ескере отырып, иммунотропты препараттар өте сирек қолданылды.

Емдеудің клиникалық әсерін (10 күннен кейін, ал микробиологиялық әсері 1 айдан кейін анықталды).

Омырау жасындағы балаларда парапроктитті хирургиялық емдеу тәсілдерінен кейін комплексті консервативті ем шараларымен бір мезгілде дисбиотикалық бұзылыстарды түзету нәтижесінде жараның жазылуы 14,5+1,6 тәуліктен 9,6+0,5 тәулікке дейін қысқарды.

#### **Әдебиеттер:**

1. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. Парапроктиты // В кн.: Детская хирургия: Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.-М.: ГЭОТР - Медиа, 2009. - С.522 - 527.