

году предложен способ эндоскопического лечения ПМР путем субуретерального введения культуры ауто- или аллофибробластов человека в коллагеновый болюс.

При осуществлении данного способа под устье мочеточника вначале вводят коллаген производства фирмы «МИТ» в количестве 2 мл, затем в образовавшийся болюс ауто- или аллофибробласты человека в количестве 4,0 млн. клеток, содержащихся в 1,5–2,0 мл физиологического раствора. При УЗИ определяется валик значительных размеров в области устья мочеточника.

Лечение выполнено у 3 девочек в возрасте от 6 до 11 лет с ПМР 2–3-й степеней. Осложнений не наблюдалось. Контрольное УЗИ через 1, 3 и 6 месяцев выявило, что признаков ПМР нет, валик под устьем четко определяется. При цистографическом исследовании через 6 месяцев ПМР не обнаружено.

Положительный эффект от одновременного применения культуры фибробластов и коллагена объясняется не простым механическим смешиванием данных фиксирующих веществ. Во-первых, обеспечиваются максимальная сохранность и приживание

клеток за счет адгезии фибробластов на коллагене. Во-вторых, создание коллагенового валика дает моментальный антирефлюксный эффект, а во время его естественной элиминации фибробласты успевают выработать аутоколлаген в необходимом для фиксации мочеточника количестве. В-третьих, упрощается контроль за антирефлюксным механизмом устья мочеточника за счет улучшения визуализации валика при проведении УЗИ.

Таким образом, применение ауто- или аллофибробластов одновременно с коллагеном при лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей обеспечивает более надежную и длительную защиту пузырно-мочеточникового соустья, улучшает как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения. Отпадает необходимость в повторных инъекциях фиксирующих веществ, что упрощает и удешевляет лечение данной категории больных, снижает риск иммунных и других побочных реакций и осложнений. Следовательно, высокая эффективность предлагаемого метода делает целесообразным его внедрение в широкую клиническую практику.

ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Е.В. Коротаев

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника у детей, среди которых чаще всего встречаются остеохондропатия апофизов тел позвонков (болезнь Шейермана-Мау) и юношеский остеохондроз, являются причиной жалоб, связанных с нарушением функции позвоночного столба.

Целью работы являлось исследование больных с остеохондропатией позвоночника и юношеским остеохондрозом, включающее клинические и лучевые методы диагностики (рентгенография, МРТ), направленное на выявление особенностей, свойственных этим заболеваниям.

Обследованы 62 пациента в возрасте от 10 до 18 лет с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, находившиеся на лечении в ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова департамента здравоохранения администрации Архангельской области». Число девочек и мальчиков было равным 31.

Из общего количества больных с остеохондропатией позвоночника обследованы 40 человек (23 девочки – 37,1% и 17 мальчиков – 27,4%), с юношеским остеохондрозом – 22 пациента (8 девочек – 12,9% и 14 мальчиков – 22,6%). Все дети были подростками: к младшей подростковой группе (10–14 лет) отнесены 34 человека (54,8%), к старшей (е"15 лет) – 28 (45,2%).

В результате клинического и инструментального обследований выявлено, что при остеохондропатии чаще поражается грудной и нижнегрудной отделы

позвоночного столба, при юношеском остеохондрозе – поясничный.

Ведущими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника являются жалобы на утомляемость и боли в пораженном отделе позвоночника при статической и физической нагрузке, изменение физиологических изгибов, наличие сколиотической деформации, ограничение и болезненность в позвоночнике при движениях.

Дифференциально-диагностическими признаками дегенеративных изменений в позвоночнике являются рентгенологические симптомы. Для остеохондропатии характерны увеличение грудного кифоза и смещение его вершины каудально, полисегментарное поражение позвонков с формированием множественных мелких грыж Шморля, неровность замыкательных пластинок и фрагментация апофизов тел позвонков. При юношеском остеохондрозе чаще происходит выпрямление поясничного лордоза, выявляются единичные срединные и задние грыжи Шморля, выражен склероз замыкательных пластинок. Снижение высоты межпозвонковых дисков при этих заболеваниях встречается одинаково часто.

Таким образом, сопоставительный анализ выявленных клинических и рентгенологических изменений позвоночника позволил определить особенности симптомокомплекса и характер развития деформации позвоночника при болезни Шейермана – Мау и юношеском остеохондрозе.

А.В. Крупко

Нижегородская государственная медицинская академия

Практическим врачам часто приходится сталкиваться с объемными образованиями полости грудной клетки и средостения. Как правило, таких пациентов рано или поздно направляют на прием к онкологу. С этого момента начинается сложный, а самое главное ответственный этап – этап постановления клинического диагноза, с полной его дифференциацией от других мимикрирующих онкопатологию заболеваний. В процентном соотношении, по данным многих авторов, опухоли средостения занимают от 1 до 4% всех существующих новообразований, причем доброкачественные встречаются чаще злокачественных. Различные объемные образования средостения требуют различного подхода к лечению.

В структуре злокачественных опухолей у детей преобладают поражения внутригрудных лимфоузлов. Доля поражений при болезни Ходжкина составляет 75%, на втором месте по частоте встречаемости – поражение внутригрудных лимфоузлов при неходжкинских лимфомах.

Обязательным условием верификации является морфологическое исследование материала. Методы, которыми мы можем получить необходимый материал, известны: это торакотомия, которая, несомненно, позволяет нам найти искомое и взять достаточное количество на исследование. Но по своей сущности она является тяжелой операцией, с длительным послеоперационным периодом, что отодвигает начало лечения и крайне неблагоприятно отражается на состоянии больного и отдаленных результатах. После торакотомий не исключен спаечный процесс, что в последующем может помешать радикальности лечения. Другой метод исследования – тонкоигольная биопсия. Этот метод, безусловно, относится к малоинвазивным, чем и пред-

почтительней перед торакотомией. Но осуществляется он без прямой визуальной поддержки и дает возможность получить материал для достоверного диагноза примерно в 70-80% случаев. Третий метод, который мы считаем наиболее предпочтительным, – это торакоскопия.

С 2004 года в нашей клинике начато проведение торакоскопии у детей с онкопатологией. За данный период выполнено 15 торакоскопических операций 14 детям. Мальчиков – 6, девочек – 8. Детей до 7 лет – 2, 7 – 14 лет – 6, старше 14 лет – 6 (средний возраст – 13 лет). В 5 случаях выполнены диагностические торакоскопии, при этом выявлены медиастинальная липома, сосудистая опухоль, очаговое поражение легкого. В 2 случаях из-за выраженного спаечного процесса диагноз не был установлен, так как ему предшествовала торакотомия. В 7 случаях выполнялась торакоскопия с биопсией опухолей, были поставлены диагнозы: 4 – болезнь Ходжкина, 1 – саркоидоз Бека, 1 – злокачественная мезотелиома плевры, 1 – туберкулез. В 3 случаях выполнены торакоскопические операции – 2 – удаление бронхогенных кист, 1 – удаление субплевральных метастазов остеогенной саркомы. Осложнений при проведении всех операций не отмечалось.

Таким образом, внимательно изучая все методики морфологической верификации опухолей грудной полости и средостения, мы пришли к выводу, что торакоскопия является наиболее обоснованным методом. Она позволяет поставить своевременный диагноз, незамедлительно начать лечение; также возможно выполнение радикальных удалений небольших онкологических образований без вскрытия грудной клетки, что сокращает сроки стационарного лечения и улучшает качество жизни.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Р.А. Моторина, В.В. Лескин

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

За период с 1992 по 2006 год нами накоплен большой опыт лечения детей с различными формами хронического остеомиелита. В зависимости от причины выделяли следующие виды хронического остеомиелита: 1) хронический гематогенный, 2) посттравматический, 3) контактный на фоне трофических нарушений.

К больным применяли дифференцированный подход в лечении хронического остеомиелита. Выбор метода лечения зависел от этиологии, формы заболевания и наличия сопутствующей патологии. Ранняя ортопедическая коррекция проводилась через 1,5–2 месяца после ликвидации острого процесса. В зависимости от применяемых методик лечения выделяли следующие группы больных.

1. Хронический гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей с большими костными дефектами и формированием ложного сустава.

2. Хронический гематогенный остеомиелит с обширными дефектами кожи.

Подобный вариант процесса возможен при локализации процесса в большеберцовой кости (например, в нижней трети). Первый этап лечения включает в себя некрэктомию и дренирование раны по Микуличу. Дном раны обычно является кость. Рану заполняют тампонами, смоченными раствором антибиотика. Второй этап выполняют через 10 дней. После удаления тампонов из раны на слой грануляций пересаживают полнослойный кожный лоскут.

3. Хронический посттравматический остеомиелит с потерей костного вещества.