

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

В.А. Дударев, А.Г. Стрельников
Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация

Целью работы явилось изучение сочетания химио- и иммунотерапии эхинококкоза с использованием для этого албендазола (Немозол) и иммуномодулятора имунофан.

Материал и методы. В клинике детской хирургии Красноярского медицинского университета наблюдались 37 детей в возрасте от 5 до 15 лет, которым проводили химиотерапию тяжелых форм эхинококкоза. У больных были множественные мелкие ЭК (2-3 и более) размером от 1 до 3 см обоих легких и печени, сочетание мелких ЭК со средними и большими ЭК легких и печени.

Результаты и обсуждение: у всех наблюдавшихся нами детей с эхинококкозом отмечались явления хронического эндотоксикоза, анемии, гипо- и диспротеинемии, вторичного иммунодефицита, отставание в физическом развитии с дефицитом массы тела на 20—30% и др. Для терапевтического лечения использовали албендазол (Немозол), который является препаратом выбора и назначали больным из расчета 20 мг/кг массы тела 2 раза в день. Максимальная суточная доза – 800 мг. Проводили 3-4 цикла лечения по 28 дней с 14 дневным перерывом между циклами. Наряду с химиотерапией больным назначали имунофан, препараты общеукрепляющего действия - пентоксил, витамины В, С, Е, калия оротат, иммуноглобулины. Между курсами антипаразитарного лечения вводили имунофан, подкожно или внутримышечно, курсами в дозе по 1,0 мл 0,005% раствора, 1 инъекция в сутки. При вторичном иммунодефицитном состоянии - 1 раз через 3 суток, курс лечения 8 - 10 инъекций, для предотвращения рецидива следует проводить повторные курсы через 4 - 6 месяцев.

Изменения эхинококковой кисты в динамике контролировали с помощью рентгенологических ультразвуковых исследований, компьютерной томографии. Проведение 2-3 курсов химиотерапии способствовало выраженным в различной степени нарушениям жизнедеятельности паразитов. Мелкие ЭК исчезали, на их месте при лучевом и ультразвуковом исследовании выявлялись уплотненные, рубцово-измененные ткани. Средние и большие ЭК внешне оставались примерно такими же, поэтому их приходилось удалять хирургическим путем. Во время операции отмечалось помутнение хитиновой оболочки и жидкостной среды средних по размерам ЭК. Осложнений от химиотерапии не наблюдали. Рецидивов эхинококкоза не было.

Таким образом, химиотерапия эхинококкоза в сочетании с иммуномодуляторами и другими препаратами общеукрепляющего действия является важным средством для санации организма детей от эхинококка. Химиотерапия может применяться как в качестве самостоятельного метода лечения, так и в качестве эффективного метода предоперационной подготовки больных к хирургической ликвидации паразитарной кисты.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОЛИПАМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л.Г. Ермолова, С.Н. Гисак, С.Л. Петросян, Н.Н. Цырульникова, П.А. Трунова
Воронежская медицинская академия, Диагностический центр,
Воронеж, Российская Федерация

Для удаления новообразований из пищевода, желудка и 12 - перстной кишки - мелких папиллом использовали механическую полипэктомию, а более крупные полипы удаляли электрохирургическим способом - с помощью электроножа.

Проведено 49 полипэктомий с помощью электроножа с последующим извлечением и гистологическим исследованием полипов. Полипэктомия выполнена у 27 детей с полипами пищевода и желудка, у 22 пациентов с полипами толстой кишки, в том числе: у 18 мальчиков и 11 девочек, возраста 5 - 10 лет - у 3 больных, у других 24-возраста 10-15 лет. Полипы располагались в пищеводе и желудке у 27 детей (пищевод - 2, кардия - 22, антрум - 3). Самая частая локализация полипов (55%) в желудке у детей – кардиальный отдел пищевода и антральный отдел желудка. При обнаружении полипов кардии, в зависимости от размеров проводилась механическая полипэктомия под основание полипа, кровотечение останавливалось с помощью орошения аминокaproновой кислотой, холода на живот. При повторной фиброгастроскопии через 2 часа обнаруживался полный гемостаз. Полипы кардии размером более 0,6 см удалялись с помощью электропетли, осложнений полипэктомии не отмечалось. За 3 года наблюдения за больными после операции зафиксировано 3 рецидива. Была проведена повторная полипэктомия с помощью электропетли. Все полипы подвергались гистологическому исследованию, установлена их доброкачественная структура. В желудке мелкие полипы до 0,4 см удалялись механическим способом. У одного ребенка 14 лет была проведена диатермическая полипэктомия в условиях хирургического стационара (размер полипа 1,8 см, без признаков воспаления). Последующее трехгодичное наблюдение рецидива не выявило.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л.Г. Ермолова, С.Н. Гисак, С.Л. Петросян, Н.Н. Цырульникова, П.А. Трунова
Воронежская государственная медицинская академия,
Диагностический центр, Воронеж, Российская Федерация

При проведении 5455 эндоскопических исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у 141 (2,6%) больного ребенка выявлены полиповидные образования в этом отделе пищеварительного тракта, одинаково часто у мальчиков и девочек. Они обнаруживались преимущественно у детей возраста 10 - 15 лет - 116

(78,2%), также у 29 (20,6%) больных возраста 5-10 лет и лишь у 6 (1,2%) обследуемых до 6 лет. Полиповидные образования выявлены: в пищеводе - у 19 (13,4%), в области кардии - у 63 (44%), в антральном отделе - у 53 (35,4%), в нижней трети тела желудка - у 2 (1,4%), в луковице двенадцатиперстной кишки - у 9 (5,9%) детей. Множественные мелкие полипы (полипозы) размером 0,2-0,3 см на широком основании встретились чаще, чем в других отделах, в луковице двенадцатиперстной кишки и антральном отделе и составили 3,1% от общего числа больных с полипами.

Плоскоклеточные единичные папилломы пищевода обнаружены у 18 (0,3%) пациентов и множественные (3-4 папилломы) - у 1 ребенка, проявившиеся дисфагическими явлениями. Папилломы обнаруживались в средней и нижней третях пищевода, удалялись во время проведения эзофагогастродуоденоскопии с помощью биопсийных щипцов - механическая полипэктомия. Кровотечений во время удаления папиллом не было, а у одного ребенка папиллома на длинной ножке удалялась с помощью электропетли. По данным гистологического исследования, все удаленные плоскоклеточные папилломы пищевода у детей были редкими доброкачественными новообразованиями, а после удаления их рецидивирования в течение 2 - 3 лет не отмечалось.

ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПЕНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.В. Исаева, С.В. Минаев

**Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация**

До настоящего времени отсутствуют высокоспецифичные и высокочувствительные методики, позволяющие на лабораторном этапе диагностировать нарушение остеогенеза в детском возрасте при переломах костей. Вместе с тем проблема длительного отсутствия консолидации переломов, развитие ложных суставов и остеопороза кости у детей является не такой редкой. В связи с этим крайне важным является разработка диагностического комплекса по прогнозированию развития патологического течения остеогенеза при переломах трубчатых костей. На основании гранта Президента РФ в поддержку молодых ученых - кандидатов наук (МК 2120.2008.7) на базе кафедры детской хирургии СтГМА нами проводится изучение данной проблемы.

В течение последних шести месяцев нами проводилось определение диагностической и прогностической ценности маркеров метаболизма костной ткани у детей при физиологическом течении переломов трубчатых костей и на фоне имеющейся патологии (черепно-мозговая травма, остеомиелит, ложные суставы) путем проведения ИФА с исследованием:

- С-телопептида коллагена I типа (Cross Laps)
- щелочной фосфатазы
- остеокальцина.

Для этого были обследованы несколько групп пациентов: 1 группа - с ложными суставами метадиафизарной зоны длинных трубчатых костей; 2 группа - с низкой степенью консолидации отломков метадиафизарной зоны длинных трубчатых костей на фоне черепно-мозговой травмы; 3 группа - с остеомиелитом метадиафизарной зоны длинных трубчатых костей. Контрольная группа была сформирована из здоровых детей.

Маркеры метаболизма костной ткани получены у наших пациентов путем исследования плазмы крови, взятой на 1-е и 7-е сутки, в острый период.

Кроме этого, всем пациентам проведены лучевые исследования (обзорная и прицельная рентгенография, компьютерная и ядерно-магнитная томография конечностей) в установленные сроки: 1-е, 7-е, 30-е сутки.

Полученные данные позволяют определить концентрацию маркеров метаболизма костной ткани и белков острой фазы воспаления, участвующих в процессе остеогенеза в детском возрасте, определить диагностическую ценность и специфичность маркеров костной ткани и БОФ. Будет создан диагностический комплекс по прогнозированию течения консолидации костных фрагментов после перелома трубчатой кости. Кроме этого, открываются перспективы целенаправленного воздействия на течение консолидации перелома кости путем воздействия на маркеры костной ткани и белки острой фазы воспаления.

ПИЛОРОСТЕНОЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

И.Ю. Карпова, В.А. Николайчук

**Нижегородская государственная медицинская академия, Детская городская
клиническая больница №1, Нижний Новгород, Российская Федерация**

Пилоростеноз является генетически обусловленным пороком развития пилорического отдела желудка, приводящего к формированию высокой полной или частичной кишечной непроходимости у детей первых месяцев жизни. Популяционная частота данного порока составляет от 0,5:1000 до 3:1000.

В клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе детской городской клинической больницы №1 с 2004 по 2008 г. пролечено 39 пациентов с пилоростенозом, причем 15 (38,4%) случаев заболевания зафиксировано в 2008 году.

Мальчиков было 36 (92,3%), девочек - 3 (7,7%). Все дети направлены в стационар врачами поликлиник. Возраст больных варьировал от 14 дней до 5 мес., но в большинстве случаев заболевание проявилось через 1 мес. после рождения.

Первым и основным симптомом пилоростеноза являлась рвота «фонтаном», которая появлялась в конце второй - начале третьей недели жизни. Объем рвотных масс, состоящих из створоженного молока с кислым запахом, по количеству превышал дозу однократного кормления. Дети становились беспокойными, развивалась гипотрофия, обезвоживание с редкими мочеиспусканиями до 3 - 5 раз в день (норма 20 - 25) и склонностью к запорам.

При осмотре живота в эпигастральной области определялось вздутие и усиленная перистальтика желудка - симптом «песочных часов». В 50 - 85% случаев под краем печени, у наружного края прямой мышцы удавалось пропальпировать привратник, который имел вид плотной опухоли сливообразной формы. В анализах отмечалась