

с достоверностью 91% судить о злокачественности или доброкачественности узла на дооперационном этапе.

Склеротерапия при узловом зобе по определённым показаниям имеет важную роль [1]. На основании анализа результатов лечения 24 детей с доброкачественным узловым зобом (УЗ) методом склеротерапии (СТ) можно говорить об эффективности и обоснованности данного метода. В 18 случаях (75%) уже через 3 месяца имел место рубцовый процесс. У 6 детей (25,0%) применены повторные курсы инъекций в связи с неполным регрессом узла через 3 месяца и наличием остаточной кистозной полости. У 2 детей (8,3%) в процессе динамического наблюдения даже после повторной склеротерапии склеротические изменения были слабо выражены, сохранялась кистозная полость. Им проведено оперативное вмешательство. Осложнений после склеротерапии не отмечалось.

Для оценки эффективности проведенного нами лечения прослежен отдаленный катамнез (сроки от 5 до 20 лет) у 126 оперированных детей с доброкачественными новообразованиями ЩЖ.

Рецидив в сроки от 2 до 5 лет возник у 6 больных (4,7%). Оценка зависимости возникновения рецидива от сроков заболевания, объема оперативного вмешательства и морфологической формы УЗ достоверной сопряженности не выявила.

Таким образом, объем операции при доброкачественном узловом зобе определяется только распространенностью процесса в железе. Органосохраняющие операции дают хороший результат.

В случае раковых опухолей щитовидной железы (ЩЖ) при выборе объема оперативного вмешательства мы руководствовались распространенностью процесса в железе, наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфоузлах.

Полученные данные позволяют говорить о хорошей диагностике рака щитовидной железы на ранних этапах.

Все дети прооперированы. В подавляющем большинстве случаев (98%) выполнены органосохраняющие операции.

Из 52 детей со злокачественными поражениями щитовидной железы отдаленный катамнез прослежен у 45. Повторные операции были выполнены 14 пациентам (29,6%) – всем щитовидная железа удалена полностью.

Для оценки эффективности проведенного лечения сопоставлены результаты, полученные при разработке катамнеза, с объемом выполненного оперативного вмешательства при различных видах рака ЩЖ и распространенностью процесса в ней. Результаты сопо-

ставления показывают, что количество рецидивов значительно больше в группе больных с резекцией доли (РД) щитовидной железы и составило 33,3%, что говорит о нецелесообразности проведения данного вида оперативного вмешательства при злокачественном процессе в щитовидной железе.

Диагностика и подготовка больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) проводились в отделении эндокринологии, где больные доводились до стабильного эутиреоза, и совместно с эндокринологом решался вопрос о показаниях к операции. Считаем, что операция показана при длительности неэффективного лечения [7] в течение 6–12 месяцев, рецидивирующем течении, наличии узлов в ткани ЩЖ. Операцией выбора на настоящий момент считаем субтотальную резекцию железы. Получение гипотиреоза не должно рассматриваться как осложнение или проблема – это отличный результат операции [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Ю. К., Мозутов М. С. Малоинвазивная хирургия щитовидной железы: Учеб. пособие. – М.: Медицина, 2005. – С. 89–95.
2. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия: Учеб. для студентов мед. вузов – СПб, 1999. – Т. 3. – С. 298–300.
3. Бондаренко В. О., Дэпюи Т. И., Скачко Т. В. Сравнительная характеристика различных методов операций при диффузном токсическом зобе // Матер. 4-го Всероссийского тиреоидологического конгр. – М., 2007. – С. 23.
4. Ванушко В. Э., Кузнецов Н. С., Бельцевич Д. Г. Послеоперационный гипотиреоз // Эндокринная хирургия. – 2009. – № 1 (4). – С. 17–19.
5. Валдина Е. А. Объем оперативного вмешательства при высокодифференцированном раке щитовидной железы // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52. № 1. – С. 119–122.
6. Морозов Д. А. Детская тиреоидная хирургия: анализ результатов операций и обсуждение современной концепции // Рос. вестник. – 2011. – № 4. – С. 9–15.
7. Петунина Н. А., Трухина Л. В. Факторы, влияющие на прогнозирование консервативного лечения диффузного токсического зоба // Матер. 4-го Всероссийского тиреоидологического конгр. – М., 2007. – С. 134.
8. Шишков Р. В., Поляков В. Г., Павловская А. И. Современные подходы в диагностике и лечении РЩЖ у детей и подростков // Настоящее и будущее детской онкологии: Матер. 4-го съезда детских онкологов России с международным участием. – М., 2008. – С. 177.

Поступила 20.10.2012

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, О. А. ТЕРЕЩЕНКО², Н. В. ПЕЛИПЕНКО²,
А. В. ШАТОВ², И. С. ЛЕВЧЕНКО², М. Ю. ЕРЕДЖИБОКОВА²,
О. Г. КАРДАШ², Ш. В. ВАРДОСАНИДЗЕ², Е. Г. КОЛЕСНИКОВ¹**

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 267-20-91. E-mail: Dxo3@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

Статья посвящена лечению химических ожогов у детей. Материал, представленный в статье, актуален в связи с увеличением количества бытовых химических реагентов и повышением количества химических травм желудочно-кишечного тракта у детей. В исследовании использованы статистические материалы, полученные в нашей клинике. Разработана программа комплексного лечения детей с химическими ожогами пищевода. Программа комплексного лечения детей с химическими ожогами пищевода, разработанная в нашей клинике, позволяет на ранних сроках определить уровень, степень повреждения верхних отделов ЖКТ и своевременно назначить комплексную терапию. Выявлены закономерности степени повреждений пищевода от вида химического реагента, сроков обращаемости пациентов, оказания первой неотложной помощи, своевременного назначения терапии. При своевременном оказании медицинской помощи и проведении комплексного консервативного лечения в условиях стационара можно избежать развития осложнений полученной химической травмы и применения хирургических методов лечения.

Ключевые слова: химический ожог пищевода, дети, комплексная терапия.

**V. A. TARAKANOV¹, O. A. TERESCHENKO², N. V. PELIPENKO²,
B. V. SHATOV², I. S. LEVCHENKO², M. Y. EREDGIBOKOVA²,
O. G. KARDASH², S. V. VARDASANIDZE²**

A COMPREHENSIVE PROGRAM OF TREATMENT OF CHEMICAL BURNS OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN

¹*Chair of surgical disease childhood SBI of HI KS MU health Ministry of Russia,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (861) 267-20-91. E-mail: Dxo3@mail.ru;*

²*Children's regional clinical hospital,
Russia, 350007, Krasnodar, Victory's sq., 1, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru*

The article is devoted to the treatment of chemical burns in children. The material presented in the article is relevant in connection with the increase in the number of household chemical reagents and increase the amount of chemical injuries of gastrointestinal tract in children. The study used statistical materials obtained in our clinic. Developed a program of complex treatment of children with chemical burns of the esophagus. The program of complex treatment of children with chemical burns of the esophagus developed in our clinic allows at an early stage to determine the level, the degree of damage of the upper gastrointestinal divisions and administer a complex therapy. Revealed regularities of the degree of damage to the esophagus from the type of chemical reagent, terms of use patients, first aid, timely appointment of therapy. By the timely provision of health care and carrying out of a complex of conservative treatment in a hospital environment, you can avoid the development of complications obtained chemical injury and application of surgical methods of treatment.

Key words: chemical burn of the esophagus, children, complex therapy.

Введение

Материал, представленный в статье, актуален в связи с увеличением количества бытовых химических реагентов и повышения количеств химических травм желудочно-кишечного тракта у детей.

Выявлены закономерности степени повреждения пищевода от вида химического реагента, сроков обращаемости пациентов, оказания первой неотложной помощи, своевременного назначения терапии, развития осложнений в зависимости от сроков проведения бужирования пищевода.

Материалы и методы исследования

С 2001 по 2012 г. в клинике ДККБ находились на лечении 467 детей с химическими ожогами пищевода в возрасте от 11 месяцев до 16 лет. Из них мальчиков – 279 (59,8%), девочек – 187 (40,2%). В структуре химических реагентов преобладали уксусная эссенция, щелочи, кристаллический перманганат калия. В первые 12 часов от получения травмы поступили 289 человек (62%) от общего числа поступивших. Эндоскопически диагностировались следующие степени ХОП: I – 111 человек (23,9%), II – 228 (49%), III – 125 (26,9%).

Лечение проводилось по разработанной в клинике схеме, включающей в себя общую дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, гормонотерапию, физиотерапевтическое лечение, ГБО.

Местно применялись антациды, обволакивающие средства, репаранты. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) выполнялась каждые 10 дней. При появлении клинко-эндоскопической картины рубцового стеноза пищевода с 2006 г. мы не пользовались методикой раннего бужирования пищевода, а проводили его в более поздние сроки, только после купирования воспаления в пищеводе. Всем детям с ожогами пищевода III степени проводилась КТ органов грудной клетки с контрастированием с целью оценки толщины пострадавших тканей стенки пищевода. Если толщина стенки составляла менее 3 мм, бужирование не проводилось после проведения курсов терапии, направленных на стимуляцию репаративных процессов тканей пищевода с последующей контрольной КТ органов грудной клетки. При восстановлении толщины тканей более 3 мм проводилось бужирование под эндоскопическим контролем, которое включало 3–5 процедур с интервалом 2–3 дня. Длительность курса бужирования определялась выраженностью и протяженностью стенозированного участка.

Результаты исследования

Из пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2001 по 2012 г., были сформированы 2 клинические группы, соотносимые по возрастно-половому составу. В основную группу вошли 200 пациентов,

находившихся на лечении с 2001 по 2005 г., которым проводилось лечение с применением раннего бужирова-ния пищевода.

Контрольную группу, 267 человек, составили дети, находившиеся на лечении с 2006 по 2012 г., которым проводилось лечение по разработанной в клинике схеме.

После проведения лечения у всех детей с I и II степенью ХОП (195 человек – 73%) в течение 2–4 не-дель удалось купировать воспалительный процесс и добиться полной эпителизации пищевода. У 38 детей (14,3%) спустя 4 недели от начала лечения отмечались остаточные эрозивные явления. Эти дети были пере-ведены на амбулаторный этап лечения.

При проведении контрольного ФЭГДС спустя 3 недели отмечалась картина полного купирования воспалительного процесса. У 22 (8,3%) пациентов со стенозом пищевода курсы бужирования по раз-работанной схеме привели к клиническому и эндо-скопическому выздоровлению. В основной группе в 3 случаях (6%) на фоне проводимого раннего бужи-рования пищевода отмечалось развитие осложнений в виде перфорации пищевода. Консервативное лече-ние проведено 2 пациентам, в 3-ем случае выполне-ны оперативное лечение, разобщающая операция с последующим выполнением пластики пищевода же-лудком в заднем средостении.

Обсуждение

Сравнительная характеристика основной и кон-трольной групп пациентов позволяет считать, что ис-пользуемая нами программа раннего комплексного лечения с эндоскопическим контролем и курсовым бужированием в более поздние сроки только после ку-пирования воспаления в пищеводе позволяет добить-ся полного выздоровления и избежать осложнений, требующих хирургической коррекции, в подавляющем большинстве случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян С. М. К вопросу о лечении химических ожогов пище-вода гормональными препаратами // Журн. экстр. и клин. медици-ны. – 1970. – № 2. – С. 103–106.
2. Ситко Л. Л., Бочарников Е. С., Орлов Ю. П. Алгоритм ока-зания помощи детям с химическими ожогами пищевода // Детская хирургия. – 1997. – № 2. – С. 55–58.
3. Афонькин В. Ю., Добринов К. Г. Применение местного трансмембранного раневого диализа при лечении больных с хи-мическими ожогами пищевода // Рос. оториноларингол. – 2004. – № 5 (12). – С. 8–10.
4. Белоконов В. И. Диагностика и лечение повреждения пище-вода / В. И. Белоконов, В. В. Замятин, Е. П. Исмаилов. – Самара, 1999. – 160 с.
5. Белый И. С., Чухриенко Д. П. Бытовые химические ожоги пищевода. – М., 1980. – 149 с.
6. Ванця Э. Н., Тоцаков Р. А. Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. – М.: Медицина, 1971. – 260 с.
7. Витенас В. М., Пранявичюс В. Ю. Интрамуральное инъекци-рование лидазы через фиброскоп в комплексном лечении боль-ных с постожоговыми стриктурами пищевода // Журн. оторинола-рингол. – 1984. – № 1. – С. 63–64.
8. Волков С. В., Лужников Е. А. Эндоскопическая диагностика химических ожогов пищевода // Анестезиология и эндоскопиче-ская хирургия стенозов пищевода и желчных протоков // Россий-ский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – Т. 7. № 3. – С. 30–34.
9. Готов В. А. Лечение больных с химическими ожогами пи-щевода // Хирургия. – 1982. – № 4. – С. 17–21.
10. Endosonographic diagnosis of submucosal upper gastrointestinal tract lesions and large fold gastropathies by catheter ultrasound probe / E. Buscarini, M.D. Stasi, Rossis et al // Gastrointest. endosc. – 1999. – № 49 (2). – P. 184–191.
11. Ferguson M. K. Early evaluation and therapy for caustic esophage al injury / M. K. Ferguson, M. Migliore, V. M. Staszak // Am. j. surg. – 1989. – Vol. 157. № 1. – P. 116–120.

Поступила 14.11.2012

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, В. Н. ШКЛЯР², В. М. НАДГЕРИЕВ¹,
В. М. СТАРЧЕНКО¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹,
А. В. АЛЕКСАНДРОВ², С. В. МОЛЧАНОВ², О. Ю. МИХАЛЕВ², В.-Х. А. САЙДУЛАЕВ¹**

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (918) 430-42-56. E-mail: vtn53@yandex.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,

Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

Проведен анализ результатов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием эндоскопических и хирургических методов лечения. Подтверждено, что первичная эндоскопическая коррекция показана при III–IV степени рефлюкса. При более выраженных стадиях заболевания, а также при неэффективности консервативной терапии необходи-ма хирургическая коррекция.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, эндоскопическая и хирургическая коррекция.

**V. A. TARAKANOV¹, V. N. SHKLYAR², V. M. NADGERIEV¹, V. M. STARCHENKO¹, A. E. STRYKOVSKY¹,
A. N. LUNYAKA¹, A. V. ALEKSANDROV², S. B. MOLCHANOV², O. Y. MIKHALEV², V.-K. A. SAIDULAEV¹**

TREATMENT OF CHILDREN WITH VESICoureteric REFLUX