

находившихся на лечении с 2001 по 2005 г., которым проводилось лечение с применением раннего бужирования 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 недель 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 переведены 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 разработанной схеме привели к клиническому и эндоскопическому выздоровлению. В основной группе в 3 случаях (6%) на фоне проводимого раннего бужирования пищевода отмечалось развитие осложнений в виде перфорации пищевода. Консервативное лечение проведено 2 пациентам, в 3-ем случае выполнены оперативное лечение, разобщающая операция с последующим выполнением пластики пищевода желудком в заднем средостении.

Обсуждение

Сравнительная характеристика основной и контрольной групп пациентов позволяет считать, что используемая нами программа раннего комплексного лечения с эндоскопическим контролем и курсовым бужированием в более поздние сроки только после купирования воспаления в пищеводе позволяет добиться полного выздоровления и избежать осложнений, требующих хирургической коррекции, в подавляющем большинстве случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян С. М. К вопросу о лечении химических ожогов пищевода гормональными препаратами // Журн. экстр. и клин. медицины. – 1970. – № 2. – С. 103–106.
2. Ситко Л. Л., Бочарников Е. С., Орлов Ю. П. Алгоритм оказания помощи детям с химическими ожогами пищевода // Детская хирургия. – 1997. – № 2. – С. 55–58.
3. Афонкин В. Ю., Добринов К. Г. Применение местного трансмембранного раневого диализа при лечении больных с химическими ожогами пищевода // Рос. оториноларингол. – 2004. – № 5 (12). – С. 8–10.
4. Белоконов В. И. Диагностика и лечение повреждения пищевода / 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 инъецирование лидазы через фиброскоп в комплексном лечении больных с постожоговыми стриктурами пищевода // Журн. оториноларингол. – 1984. – № 1. – С. 63–64.
8. Волков С. В., Лужников Е. А. Эндоскопическая диагностика химических ожогов пищевода // Анестезиология и эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и желчных протоков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – Т. 7. № 3. – С. 30–34.
9. Готов В. А. Лечение больных с химическими ожогами пищевода // 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 esophageal 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 необходима 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

The analysis of treatment of children with vesicoureteric reflux by endoscopic and surgical correction was presented. Endoscopic correction recommended with III–IV degree of reflux. With more degrees of reflux and unsatisfactory results of conservative treatment it is necessary surgical correction.

Key words: vesicoureteric reflux, endoscopic and surgical correction.

Введение

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) является одной из наиболее распространенных форм нарушения уродинамики у детей. Несмотря на достаточно высокую частоту спонтанной регрессии ПМР, в связи с нередко развивающимися осложнениями в виде хронического пиелонефрита, уретерогидронефротической трансформации, ренальной гипертензии и хронической почечной недостаточности проблема лечения этого состояния остается весьма актуальной.

В последние годы удельный вес эндоскопических способов коррекции ПМР постоянно увеличивается и достигает, по данным различных авторов, более 80% [1–4]. Ежегодно для этих целей предлагаются новые варианты уроимплантов, достоинства и недостатки которых весьма неоднозначны [3]. Хирургические методы коррекции данной патологии также сохраняют свою значимость [4]. Несомненный интерес представляет собой разработка оптимального сочетания этих методов.

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов лечения ПМР у детей с использованием эндоскопических и хирургических методов коррекции.

Материалы и методы исследования

За период 2008–2011 гг. в урологическом отделении детской краевой клинической больницы пролечены 248 детей с ПМР. Среди них мальчиков было 144 (58%), девочек – 104 (42%). Возраст пациентов колебался от 6 месяцев до 17 лет.

Основным методом диагностики ПМР являлась ретроградная цистоуретрография, выполнявшаяся по стандартной методике. В то же время для определения причины рефлюкса, оценки функции почки и выявления вторичных изменений в почечной паренхиме использовали комплексное обследование, заключавшееся в выполнении ультразвукового исследования почек с доплерографической оценкой показателей внутрипочечного кровотока, исследование уродинамики нижних мочевых путей, цистоуретроскопию. По показаниям применялись лучевые методы диагностики: внутривенная экскреторная урография, реносцинтиграфия.

Рефлюкс III–IV степени наблюдался в 231 случае (93%), V степени – в 17 наблюдениях (7%).

К развитию ПМР приводили следующие причины: нарушения развития внутрипузырного отдела мочеточника, аномалии расположения устья мочеточника (дистопии, эктопии), инфравезикальная обструкция, различные варианты дисфункции мочевого пузыря, хронический цистит.

Для эндоскопической коррекции ПМР использовался детский цистоуретроскоп фирмы «Storz» с тубусом № 9,5–10 Ch. Применялась игла № 21–23G. В качестве имплантов использовали коллаген ДЛМ+ и уро-

декс. Препарат вводился с помощью методики STING (Subureteral Transurethral Injection). Эндоскопическая процедура выполнялась под наркозом с видеоассистенцией.

Субуретеральные инъекции использовались для коррекции ПМР III–IV степени. Однократно вводили 0,5–1,0 мл препарата до смыкания устья мочеточника и создания болюса. Обычно было достаточно одного вкола, но иногда для достижения удовлетворительного положения устья требовалось 2 инъекции.

При неэффективности эндоскопической коррекции ПМР манипуляцию повторяли по вышеописанной методике до трех раз, после чего использовали хирургические методы лечения.

Абсолютными показаниями к оперативному лечению ПМР являлись следующие состояния:

- эктопия устья мочеточника,
- рубцовые изменения устья мочеточника, приводящие к его недостаточности,
- рецидив рефлюкса после эндоскопической коррекции, включая повторные манипуляции,
- сохранение рефлюкса после длительной консервативной терапии дисфункций мочевого пузыря.

Неоимплантацию мочеточников выполняли по методике Политано-Ледбеттера и Коэна.

При наличии синдрома инфравезикальной обструкции оперативное вмешательство было направлено на устранение факторов, провоцирующих его возникновение.

Все дети после эндоскопической или оперативной коррекции ПМР находились под динамическим наблюдением уролога и нефролога. При этом проводились следующие диагностические и лечебные мероприятия: контроль общего анализа мочи 2 раза в месяц, общего анализа крови 1 раз в 3 месяца, биохимического анализа крови и мочи 1 раз в 6 месяцев, ультразвуковое исследование почек 1 раз в 3–6 месяцев, радиоизотопное исследование почек 1 раз в год, цистография через 6 месяцев с целью оценки регрессии рефлюкса.

Необходимость антимикробной профилактики у детей с I–III степенью рефлюкса решалась в зависимости от изменений в общем и бактериологическом анализах мочи. При IV–V степени антимикробная профилактика проводилась постоянно.

Результаты исследования

Длительность наблюдения за детьми, получившими тот или иной вид лечения, составила от 6 месяцев до 3 лет. Анализ результатов эндоскопической коррекции ПМР показал, что в 176 случаях (71%) произошло исчезновение ПМР, а в 43 (17%) – снижение до I–II степени. Следует отметить, что в литературе до сих пор нет единого мнения о том, считать ли снижение ПМР до I–II степени хорошим результатом лечения. Мы, как и ряд

авторов (Л. Б. Меновщикова и др.), считаем возможным расценивать подобные результаты как положительные.

Рецидив рефлюкса был выявлен в 29 наблюдениях (12%), что потребовало повторной эндоскопической манипуляции.

Неэффективной эндоскопическая коррекция (даже повторная) оказалась у четверых детей (1,6%), что потребовало выполнения уретеростомеоимплантации.

Обсуждение

Использование эндоскопических методов коррекции позволяет добиться положительного результата лечения рефлюкса у детей в 88% случаев. Низкая частота осложнений и рецидивов позволяет рассматривать вышеприведенную методику как метод выбора при отсутствии абсолютных показаний к проведению первичной хирургической коррекции ПМР.

При неэффективности эндоскопического вмешательства использование хирургических методов кор-

рекции приводит к положительным результатам в ряде случаев.

Несомненно, что по мере появления новых, более эффективных уроимплантов доля эндоскопических методов лечения ПМР у детей будет возрастать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н. А., Пугачев А. Г. Детская урология: Рук. для врачей. – М.: Медицина, 1986. – 496 с.
2. Лопаткин Н. А., Люлько А. В. Аномалии мочеполювой системы: Учеб. пособие. – М.: Медицина, 1987. – 416 с.
3. Осипов И. Б., Лебедев И. А., Левандовский А. Б. Выбор вида коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Мат. пленума правления Российского общества урологов. – М., 2005. – 574 с.
4. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия: Учеб. для студентов мед. вузов. – СПб, 1997. – Т. 3. – С. 392.

Поступила 24.10.2012

О. А. ТЕРЕЩЕНКО¹, Э. А. ПЕТРОСЯН², В. И. СЕРГИЕНКО³, А. А. БОТАШЕВ³, А. М. МАНУЙЛОВ²

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ ЖЕЛЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

¹ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,

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

²кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: superego_ksmu@mail.ru;

³ФГУ «Научно-исследовательский институт физико-химической медицины»

Федерального медико-биологического агентства,

Россия, 119992, г. Москва, ул. Малая Пирогова, 1а, тел. 8 (499) 246-44-01. E-mail: info@ripcm.org.ru

Предложен новый запатентованный способ лечения АСЖП, осложненного синдромом эндогенной интоксикации, который заключается в активной декомпрессии тонкой кишки, проведении кишечного диализа раствором НГХ для получения эффекта деконтаминации и детоксикации внутрипросветного содержимого, а также создания благоприятных условий для функционирования слизистой оболочки и сохранения ее структурной целостности с проведением дополнительной санации брюшной полости, получения пролонгированного антибактериального и противовоспалительного эффектов. После этого проводилось прямое электрохимическое окисление крови с использованием раствора НГХ в качестве детоксикационного, антикоагулянтного, антиагрегантного и иммуномодулирующего средства.

При сравнительном анализе предлагаемых способов лечения применение кишечного диализа и непрямого электрохимического окисления крови с использованием НГХ сопровождается выраженным детоксикационным гипохлорит-повреждающим эффектом эндотелия и увеличением дисбаланса в системе регуляции тонуса сосудов в ответ на повышение концентрации цитокинов.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис желчного происхождения, эндогенная интоксикация, кишечный диализ, натрия гипохлорит.

O. A. TERESCHENKO¹, E. A. PETROSYAN², V. I. SERGIENKO³, A. A. BOTASHEV³, A. M. MANUYLOV²

THE METHOD OF ENDOGENOUS INTOXICATION SYNDROME TREATMENT IN ABDOMINAL SEPSIS OF BILIARY ORIGIN

¹Children's regional clinical hospital,

Russia, 350007, Krasnodar, Victory's sq., 1, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru;

²chair of surgical disease childhood SBI of HI KSMU health Ministry of Russia, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: superego_ksmu@mail.ru;

³FMBA FHM research institute,

Russia, 119992, Moscow, Malaya Pirogova str., 1a, tel. 8 (499) 246-44-01. E-mail: info@ripcm.org.ru