

(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 удалась 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

анемия алиментарного характера, сгущение крови (повышение гематокрита).

При поступлении в стационар всем детям назначалась фиброгастродуоденоскопия. После выявления пилоростеноза проводилась предоперационная подготовка в течение 1 - 2 суток с последующим выполнением пилоромиотомии по Фреде-Рамштедту.

В послеоперационном периоде пациенты получали курс антибактериальной терапии с применением препаратов широкого спектра действия и симптоматическое лечение.

После проводимого лечения все дети в удовлетворительном состоянии были выписаны домой. Летальных исходов не было.

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости прилоростеноза что, безусловно, связано с незрелостью и дегенеративными изменениями нервных элементов пилоруса. Своевременная диагностика порока позволит избежать грубых водно-электролитных нарушений, а следовательно ускорит сроки выздоровления.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.Ю. Карпова, С.Г. Кочеткова
**Нижегородская государственная медицинская академия,
Детская городская клиническая больница №1,
Нижний Новгород, Российская Федерация**

Химические ожоги пищевода (ХОП) являются одними из наиболее сложных повреждений в детском возрасте. Среди всех заболеваний данной области эта патология занимает первое место, т.к. в 13% случаев имеют место тяжелые ожоги пищевода.

В хирургической клинике Нижегородской государственной медицинской академии на базе хирургического отделения детской городской клинической больницы №1 за период с 2006 по 2008 г. наблюдались 137 детей после употребления прижигающих ядов. В 73% случаев ХОП подтвердился эндоскопически. Возраст больных варьировал от 8 месяцев до 14 лет. Пик заболеваемости приходился на 2-х летний возраст. Мальчиков было 74 (54%), девочек - 63 (46%).

В структуре ожогов преобладали ХОП уксусной кислотой - 70%. На долю других кислот пришлось 2%, щелочи составили 25% и неизвестные жидкости 3%. Все дети поступали в сроки от 20 минут до 3-х суток от момента употребления химических средств. При осмотре пострадавших выявлялось выраженное беспокойство, слюнотечение, явления дисфагии, рвота. Фиброэзофагогастроскопия проводилась в плановом порядке на 2 день после повреждения с последующим эндоскопическим контролем через 6-7 дней.

При анализе эндоскопической картины было выявлено, что преобладали ХОП 1 степени - 52%, ХОП 2 степени составили 36% и 3 степени - 12%. Повреждение желудка отмечено у 8 больных. При поступлении в стационар всем пациентам проводилось: промывание желудка, анальгезия, обработка полости рта. Детям с ожогами 2-3 степени назначалась антибактериальная терапия, инфузионная программа с постановкой постоянного желудочного зонда. После проводимого лечения состояние больных улучшалось, все пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проблема химических ожогов пищевода у детей является актуальной, так как летальность составляет 2%. Только внимательное отношение к детям позволит снизить заболеваемость, а в ряде случаев - ликвидировать смертность.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

**Х.В. Касымжанова, А.У. Умешов, С.А. Рахимбердиев,
Б.О. Омарулы, Д.К. Урмурзин**
**Казахский национальный медицинский университет,
Казахский институт усовершенствования врачей, ДГКБ №1,
Алматы, Республика Казахстан**

Врожденная косолапость относится к одной из наиболее часто встречающихся деформаций стоп у детей. По некоторым данным, указанная патология стопы занимает второе место по частоте врожденной патологии тазобедренного сустава и врожденной мышечной кривошеи.

Основным методом лечения врожденной косолапости у детей остается консервативный, однако в 10-70% случаев, по данным различных авторов, наблюдаются рецидивы. Несмотря на то, что изучению этой проблемы посвящено многочисленное количество работ, она остается актуальной в детской ортопедии.

Известно, что чем раньше начато лечение, тем быстрее наступает излечение, так как ткани нижних конечностей гораздо пластичнее. Доказано, что лечение на первом году жизни ребенка является своего рода предварительным и подготовительным этапом для оперативного лечения.

В условиях детской поликлиники №1 города Алматы под наблюдением с диагнозом "врожденная косолапость" находилось 59 детей. В зависимости от возраста и срока начала лечения дети были распределены на две группы: лечение начато в 18-21 день - 47 детей, до 2-х месяцев - 15 и до 6-ти месяцев - 7 детей.

Консервативное лечение складывалось из целого комплекса мероприятий: теплые ванночки, массаж, парафиновые аппликации, мягкое бинтование, ручная редрессия, медикаментозная терапия (поливитамины, мидакалм), этапные гипсовые повязки. В нашей практической работе восстановление нормального строения стопы проводилось с применением последовательных и этапных повязок. Схема проводилась один раз в неделю до