

которым проводили лечение с использованием «слепого» метода бужирования; во 2-ю группу (ГЛ=1) – 40 детей (1999–2005), у которых применяли в лечении метод бужирования по струне – проводнику; в 3-ю группу (ГЛ=2, 2002–2005) – 11 детей, у которых применяли в лечении разработанный в клинике эзофагопротектор (патент на изобретение № 2225229 «Устройство для восстановления проходимости пищевода») в комплексе с локальным введением лекарственных препаратов в очаг поражения.

Выздоровление в 1-й и 2-й группах соответственно составило $65,5 \pm 8,4\%$ и $90 \pm 4,7\%$ детей, применение комплексного метода, разработанного в клинике (эзофагопротектор + «Куриозин»), позволило в 3-й группе детей в 100% случаев добиться выздоровления, снижения сроков лечения на $47,8 \pm 8,8\%$, существенно сокращая финансовые затраты на эту группу пациентов.

В настоящее время основным методом лечения и профилактики развития рубцового стеноза пищевода является бужирование пищевода. Данный метод основан на механическом растяжении тканей, разработан и внедрен в практику Salzer в 1920 году, применяется в настоящее время в различных модификациях. Попытки бужирования пищевода вслепую, приводящие зачастую к перфорации пищевода, привели к разработке и внедрению в практику лечения послеожоговых стриктур пищевода бужирования пищевода по струне-проводнику (Ванцян Э.Н., Тошakov Р.А., 1965). Недостатки приведенных методик послужили основанием для разработки устройства, позволяющего проводить дилатацию суженной, по-

врежденной химическим агентом части пищевода, и создать условия для длительной экспозиции лекарственного препарата в зоне пораженного пищевода, получившие название «Устройство для восстановления проходимости пищевода», патент на изобретение № 2225229 от 10.03.2004 года.

Использование устройства для восстановления проходимости пищевода у детей приводит к пролонгированному расширению суженной его части до возрастной нормы и создаёт условия для местного воздействия лекарственного препарата на раневую поверхность пищевода. Положительный исход лечения методом «слепого» бужирования пищевода для профилактики и лечения постожоговых стриктур пищевода составляет $65,5 \pm 8,4\%$ и сопровождается осложнением в виде перфораций пищевода в $12,5 \pm 5,8\%$ случаев. Метод бужирования пищевода по струне-проводнику для профилактики и лечения постожоговых стриктур приводит к выздоровлению в $90 \pm 4,7\%$ случаев, однако требует длительных сроков лечения до $97,77 \pm 19,98$ койко-дней и проведение многократных бужирований – $19,47 \pm 2,58$. Лечение химического ожога III степени и постожоговых стриктур пищевода наиболее эффективно при использовании стентированного устройства в комбинации с локальным введением лекарственных препаратов, что позволяет предупредить перфорацию пищевода, сократить количество исследований и наркозов с $19,84 \pm 2,88$ до $8,54 \pm 1,36$, сократить сроки лечения с $107,18 \pm 20,11$ до $46,72 \pm 10,90$ койко-дня и снизить затраты на лечение детей с данной патологией с 67 165 до 32 704 рублей на одного больного.

ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

А.Т. Таджикибаев, И.Х. Бобокулов

Ташкентский педиатрический медицинский институт

К моменту выполнения одномоментной реконструктивно-пластической операции при экстрофии мочевого пузыря (ЭМП) у детей наша клиника прошла несколько этапов своего развития. Традиционно мы придерживаемся физиологичного восстановления мочеиспускания путем восстановления анатомически нормальной синтопии мочевого пузыря и приближения лобковых костей.

Цель исследования

Обоснование выбора метода реконструктивно-пластических операций при ЭМП.

Материалы и методы

За 1992 – 2006 годы в клинике ТашПМИ было исследовано 79 пациентов с диагнозом ЭМП. Из них 66 – мальчики (83,5%), 13 – девочки (16,5%). 73 больным выполнены реконструктивно-пластические операции собственными тканями.

Результаты и их обсуждение

Первый этап продолжался до 1996 года. Мы применяли двухэтапную операцию: 16 больным первым этапом провели цистоластику, вторым этапом – сфинктеропластику.

С 1996 года второй этап развития реконструктивно-пластической операции: выполнение 57 больным одномоментной цистосфинктероуретропластики по

Баирову, в собственной модификации, с поперечной пластикой передней брюшной стенки и Y-образным ушиванием задней стенки мочевого пузыря.

С 2003 года начался третий этап, т. е. выполнение одномоментной цистосфинктероуретропластики с приближением лобковых костей по собственной методике. Так как основной проблемой при ЭМП является ликвидация диастаза между лобковыми костями, то только после этого возможно достижение физиологичного анатомического взаимоотношения внутренних половых органов, мочевого пузыря, апоневроза передней брюшной стенки и прямых мышц живота. Нами был разработан метод приближения лобковых костей, без остеотомии лобковых и подвздошных костей. Проводя через заправительное отверстие лобковых костей синтетическую нить № 2,0, нам удалось максимально сократить размеры диастаза. Эффективность методики зависела от возраста больного и величины диастаза лобковых костей.

По данной методике оперировано 14 больных. После проведенного лечения удалось уменьшить диастаз между лобковыми костями в среднем до 4,0 см.

Выводы

Ближайшие результаты показывают хорошую эффективность одномоментной реконструктивно-

пластической операции в сочетании с приближением лобковых костей.

При ЭМП показана ранняя оперативная коррекция. Разработанный способ цистосфинкте-

роуретропластики и способ приближения лобковых костей является основной причиной успешности реконструктивно-пластических операций.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА «ЭПРЕКСА» В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Л.Р. Чардымова, Л.П. Привалова, В.В. Паршиков

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегородская областная детская клиническая больница

Коррекция анемии у детей со злокачественными онкопроцессами остается актуальной проблемой современной детской онкологии. Гипоксия, возникающая на фоне прогрессирующей анемии в послеоперационном периоде, значительно снижает радио- и химиочувствительность клеток, что значительно осложняет проведение терапии и усугубляет прогноз. Традиционные гемотрансфузии не являются этиотропным методом лечения и опасны многочисленными осложнениями (вирусные инфекции, иммуносупрессия, угнетение синтеза эндогенного эритропоэтина, перегрузка железом, активация опухолевого роста).

Одним из альтернативных методов коррекции анемии в клинике ГОУ ВПО «НижГМА» на базе онкологического отделения является использование рекомбинантного человеческого эритропоэтина (эпрекс) в дозе 150 МЕ/кг, вводимого 3 раза в неделю подкожно. В основу исследования положены результаты обследования и лечения 35 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающих злокачественными опухолями различной локализации. Структура заболеваний была следующей: новообразования головного мозга – 6 детей, злокачественные лимфомы – 8, опухоли костей – 3, нейробластома и мягкотканые опухоли – 11, нефробластома – 2, прочие редкие новообразования – 5. Все пациенты при поступлении страдали анемией различной степени тяжести с колебаниями гемоглобина от 60 до 110 г/л. Отмечалось значительное нарушение транспорта и метаболизма железа: снижение концентрации сывороточного железа в среднем на 25% по сравнению с нор-

мой, общей железосвязывающей активности сыворотки на 5%. У детей, страдавших нейрогенными опухолями, обнаружена гиперферритинемия.

Всем пациентам были назначены инъекции препарата «Эпрекс» в выше указанных дозах, длительность курса лечения колебалась от одного до 5 месяцев. Динамическое исследование уровня гемоглобина в течение месяца от начала терапии выявило существенную положительную динамику. У 30% детей, получавших эритропоэтин, показатель гемоглобина стабилизировался в пределах нормы, у остальных сохранялась анемия легкой и средней степени тяжести, но необходимость в гемотрансфузиях сократилась в среднем в 2 раза, также нормализовались показатели транспорта и обмена железа. Своевременная коррекция анемии позволила обеспечить проведение химиолучевой терапии и операций в четко установленные протоколами сроки. Только у одного больного с глиобластомой головного мозга на фоне появления второй опухоли (злокачественной лимфомы желудка с множественными метастазами) отмечалось прогрессирование анемии вследствие прободения новообразования и нарастания симптомокомплекса внутреннего кровотечения, что потребовало переливания препаратов донорской крови и плазмы по экстренным показаниям, а также оперативного вмешательства.

Следовательно, широкое использование рекомбинантных эритропоэтинов в комплексной терапии детей со злокачественными онкопроцессами позволяет значительно облегчить течение основного заболевания, улучшить результаты лечения и прогноз.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Н.А. Чернева, Г.И. Федорова, М.В. Четин, П.М. Четина

Детская городская поликлиника № 6, г. Ульяновск

С 2000 года в нашем лечебном учреждении функционирует кабинет ультразвуковых исследований. Для выявления патологии мочевыводящей системы основное место мы отводим ультразвуковой диагностике (УЗД) как наиболее простому, доступному и неинвазивному методу.

Основными показаниями для УЗД являются следующие: боль в животе и поясничной области, наличие патологических изменений в анализах мочи (лейкоцитурия, гематурия и др.), различные нарушения акта мочеиспускания, в том числе и энурез, пальпи-

руемое образование в брюшной полости. Для обследования не требовалось какой-то особой подготовки. УЗД проводилось детям в положении лежа (на спине, животе), а также при необходимости – стоя.

Применение УЗД у детей в возрасте 1 месяца до 15 лет в условиях поликлиники позволило диагностировать различную патологию органов мочевыводящей системы у 28,5% пациентов, обследованных за последние 3 года. 17,5% из них были мальчики. Среди детей с выявленной патологией наибольшее количество составили врожденные аномалии