

симости от массы тела ребенка — до 1500 ЕД на 1 кг е в сутки.

Согласно нашему опыту, больным с патологией гепатохоледоходуоденальной зоны, сопровождающейся болевым синдромом и синдромом экскреторной недостаточности, можно рекомендовать прием креона 10000 по следующей схеме: 1000—1500 ЕД/кг/сут 3—4 раза в день, причем половина разовой дозы вводится натощак за 20 минут до еды — для торможения панкреатической секреции, другая половина — во время еды, для коррекции экскреторной недостаточности. Применение креона 10000 по 2 капсулы (около 1000—1500 ЕД/кг/сут) 3 раза в день, оказалось эффективным у 46% больных детей, страдавших хроническим панкреатитом средней тяжести, когда препарат использовался в виде монотерапии без применения антисекреторных средств. При вторичной экзокринной недостаточности, обусловленной внепанкреатическими причинами, ферментные препараты должны применяться до окончания действия безлеветворного фактора (если это возможно), вызвавшего развитие гипосекреторного синдрома.

Появление в арсенале клиницистов высокоэффективных ферментных препаратов, удовлетворяющих всем международным требованиям (в том числе креона-10000), позволяет оптимизировать терапию состояний, сопровождающихся нарушением полостного и пристеночного пищеварения, повысив таким путем качество жизни больных детей.

УДК 616. 721 — 002 — 053. 6 — 07

**Н.Р. Фатыхова (Казань). Случай ювенильного анкилозирующего спондилоартрита у 16-летнего подростка**

Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (ЮАС) — хроническое воспалительное заболевание периферических суставов, сухожильно-связочного аппарата и позвоночника, которое часто развивается до 15-летнего возраста, причем преимущественно у лиц мужского пола, имеет тенденцию к семейной агрегации и ассоциируется с HLA-B7. Согласно рекомендации Института ревматологии РАМН (1997), диагностическими критериями ЮАС являются: 1) боль в поясничной области, которая не проходит в покое, ослабевает при движении и длится более 3 месяцев; 2) ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях; 3) ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки относительно нормальных величин сообразно возрасту и полу; 4) двусторонний сакроилеит II—IV стадии. Диагноз считается достоверным, если у больного имеется четвертый признак в сочетании с любым другим из первых трех. В качестве базисной терапии ЮАС патогенетически обоснованным считается применение сульфасалазина (салазопиридазина). Среди НПВС наибольшим терапевтическим эффектом обладают производные индолуксусной кислоты (индометацин, диклофенак). Напроксен и пироксикам позволяют при приеме один раз в день длительно сохранять терапевтические концентрации препарата в крови пациента. В случае продолжительной высокой активности воспалительного процесса показано применение глюкокортикоидов в малых и средних дозах и цитостатиков. Используют также местную противовоспалительную терапию.

Мы наблюдали пациента, страдающего периферической формой ЮАС высокой активности. Отсутствие у него значимого положительного эффекта по-

требовало тщательного подбора терапии в связи с резистентностью к НПВС и сульфасалазину.

А., 16 лет, поступил в кардиоревматологическое отделение ДРКБ 19.11.05 г. с жалобами на появившуюся в сентябре этого года боль в области шейного и поясничного отделов позвоночника, пяточных костей, коленных суставов, усиливавшуюся ночью и утром, ослабевавшую после физической нагрузки, а также скованность движений в суставах по утрам, общую слабость. Болен с октября 2001 г., когда появились боли в нижних конечностях, пояснице, затем в течение нескольких месяцев присоединилось укорочение правой нижней конечности и в связи с этим нарушение походки. Свое заболевание больной связывает с занятиями каратэ. Следует отметить, что занятия восточными единоборствами в силу постоянной травматизации сухожильно-связочного аппарата являются провоцирующим фактором в развитии ЮАС.

Был выставлен диагноз: сакроилеит (дебют болезни Бехтерева?); остеохондроз поясничного отдела позвоночника; укорочение правой нижней конечности; правосторонний сколиоз груднопоясничного отдела позвоночника II степени; миопия слабой степени.

С момента выявления заболевания больной неоднократно находился на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении ДРКБ и НИИ детской ортопедии в г. Санкт-Петербурге. Проводимая медикаментозная терапия (сульфасалазин+индометацин, преднизолон+циклофосфан+мелоксикам, сульфасалазин+пироксикам) терапевтического эффекта не имела: активность процесса сохранялась высокой, присоединились поражения коленных, голеностопных, плечевых суставов, шейного отдела позвоночника, энтезопатии. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что терапевтический эффект был достигнут лишь при приеме преднизолона и циклофосфана. Однако эти препараты были отменены, и последовавшее обострение заболевания ухудшило общее состояние — присоединилось поражение шейного отдела позвоночника.

У больного выявлены выраженный суставной синдром (ограничение движений в плечевых суставах вследствие болевого синдрома, отечность коленных суставов, болезненность движений в них, положительный симптом баллотирования надколенника и флюктуации с обеих сторон, отечность и болезненность при пальпации и движениях в голеностопных суставах), экстраартикулярный мышечно-скелетный синдром (осанка сутулая, усилен кифоз грудного отдела позвоночника, асимметрия лопаток и треугольников талии; сглаженность поясничного лордоза; болезненность при пальпации L 1-2, ограничение движений в шейном и поясничном отделах позвоночника вследствие болевого синдрома; болезненность при пальпации бугристости большеберцовых и пяточных костей в области прикрепления ахиллова сухожилия, остистых отростков позвоночника).

Анализ крови: Hb — 112 г/л, л. — 6,5x10<sup>9</sup>/л, СОЭ — 60 мм/ч, С-РБ — 4,84 мг/дл, диспротеинемия за счет гипоальбуминемии и гипер-α, γ-глобулинемии. На рентгенограмме груднопоясничного отдела позвоночника — позвонки квадратной формы (исчезновение нормальной вогнутости позвонков), симптом "бамбуковой палки". Высота тел позвонков и межпозвоночных дисков не снижена. Нестабильности нет. Торсия тел ДХII, LI-IV позвонков I степени. Костно-деструктивных изменений нет.

ФГДС: катаральный рефлюкс-эзофагит; гастроудоденит, обострение; эрозии желудка; дуоденогастральный рефлюкс.

УЗИ органов брюшной полости: печень — уплотнения по ходу портальной вены, печеночных вен. Желчный пузырь изогнут (перегибы в области нижней трети тела, шейки), эхогенность стенок повышена, утолщение до 1,5 мм, содержимое с экзогенной взвесью.

Клинический диагноз: ювенильный анкилозирующий спондилоартрит высокой активности, периферическая форма, нарушение функции 1—2-й степени, медленно прогрессирующее течение с периодами обострения; правосторонний сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника II степени; катаральный рефлюкс-эзофагит; хронический реактивный гастроуденит, период обострения; дуоденогастральный рефлюкс; хронический холецистохолангит, период ремиссии; миопия средней степени; железодефицитная анемия средней степени.

Лечение включало сульфасалазин, пироксикам, кетопрофен, местную противовоспалительную терапию. Несмотря на терапию, самочувствие и общее состояние больного не улучшились, присоединились жалобы на боль в спине и стопах. В динамике размер обоих коленных суставов увеличился, появилось ограничение движения в суставах. 28.10.05 в связи с потерей терапевтической эффективности было решено отменить базисную терапию, назначить метотрексат и сменить НПВС. В правый коленный сустав введен триамцинолон (кеналог). После смены базисной терапии пациент отметил уменьшение болей в пяточных областях, однако отечность обоих голеностопных суставов сохранялась.

С учетом торпидного течения заболевания, прогрессирования явлений кахексии был проведен курс в/в терапии ГКС. Выполнено 5 пульсов метилпреднизолоном по 500 мг с последующим его приемом в дозе 12 мг/сут внутрь. После курса метилпреднизолона больной почувствовал улучшение самочувствия, объективно размер коленных и голеностопных суставов уменьшился, движения в них и плечевых суставах восстановились в полном объеме, стали безболезненными, снизилась активность процесса по данным анализа крови.

Таким образом, лечение больных с ЮАС требует индивидуального подхода и тщательного подбора лекарственных средств с учетом анализа проводимой ранее терапии. Исключено возвращение к средствам, оказавшимся неэффективными при лечении ЮАС у данного больного. Отмена гормонально-цитостатической терапии должна быть четко обоснованной с целью предупреждения возникновения рецидива и утяжеления течения заболевания.

УДК 616.6 — 053.2 — 072.1

#### **Р.С. Байбиков, А.А. Ахунзянов, Ш.К. Тахаутдинов (Казань). Возможности эндоскопической коррекции некоторых урологических заболеваний у детей**

Применительно к детям, особенно к новорожденным и младшего возраста, многие вопросы эндоурологической лечебной тактики остаются нерешенными и дискутабельными.

Целью данного исследования являлась оценка возможности эндоскопической коррекции наиболее частых урологических заболеваний у детей.

За период с 1990 г. нами в урологическом отделении ДРКБ МЗ РТ проведено более 3 тысяч эндоскопических лечебных вмешательств. Баллонная дилатация лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) была выполнена баллонным дилататором фирмы "СООК" у 3 девочек по поводу гидронефроза III стадии. У одной из них вмешательство завершено установкой мочеточникового стента. У 59 детей с обструктивными нарушениями уродинамики на уровне моч-

еточниково-пузырного сегмента (МПС) проведены 72 успешные эндоскопические дилатации с использованием баллонного дилататора и комплекта уретродилататоров. Оперативное вмешательство осуществлялось под рентгенологическим и/или ультразвуковым контролем и заканчивалось дренированием мочеточника и мочевого пузыря от 5 до 14 суток на фоне противовоспалительной и противорубцовой терапии. Эндоскопическое рассечение уретероцеле производилось у 64 больных (73 мочеточника).

Эндоколлагенопластика устья мочеточника была выполнена нами у 114 детей (155 мочеточников). Коллагеновую пасту вводили под слизистую оболочку вколлом иглы во внутреннюю поверхность медиальной дужки зияющего устья мочеточника. При неполном смыкании устья ее вводили в латеральную дужку. Объем имплантата варьировал от 0,8 до 4,0 мл. Подобная технология оказалась эффективной и при лечении некоторых форм недержания мочи, особенно у детей, ранее перенесших травматичные операции по поводу экстрофии мочевого пузыря. Коллагеновую пасту вводили под слизистую оболочку шейки мочевого пузыря и области мембранозного отдела уретры с нескольких вколов объемом от 4 — 6 до 14 мл. Успешные результаты получены у 6 детей после цистуретропластики по поводу экстрофии мочевого пузыря, у 2 детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря и у одного ребенка после уретропластики по поводу тотальной эписпадии уретры.

Эндоурологическое лечение обструкции пузырно-уретрального сегмента (ПУС) было проведено у 193 (32,9%) детей. Активное использование эндоскопии в диагностике и лечении обструкции ПУС позволило отказаться от открытых оперативных вмешательств с резекцией зоны поражения. У 42 детей с клапаном задней уретры выполнено эндоскопическое его рассечение. У 98 из 149 больных со стенозом различных отделов уретры была произведена эффективная трансмеатальная дилатация механическим уретродилататором и у 50 — трансвезикальная дилатация инструментами оригинальной конструкции А.А. Ахунзяновым под контролем уретроскопии до и после выполнения процедуры. За последние 20 лет под нашим наблюдением находилось более 300 детей с камнями почек и мочевых путей. Чаще всего нами удалялись камни (56,9%) и инородные тела (29,6%) из мочевого пузыря и уретры.

Об актуальности травматических повреждений уретры свидетельствуют увеличение числа больных со стриктурами уретры, большая частота таких осложнений, как рецидивы стриктур, недержание мочи, импотенция, хроническая почечная недостаточность, высокий процент инвалидизации. При неполных разрывах удается дренировать уретру и избежать таким образом травматичных операций и таких не менее грозных послеоперационных осложнений, как мочевазальная инфильтрация, стриктура. Короткие посттравматические стриктуры уретры поддаются эндоскопической туннелизации (у 4) и резекции (у 18).

Таким образом, эндоурологические методы лечения являются высокоэффективными и менее травматичными у детей. Для них характерны быстрое выздоровление, обеспечивающее резкое сокращение сроков лечения больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, клапаном задней уретры, уретероцеле, мочекаменной болезнью и инородными телами мочевой системы. Эндоурологические методы позволяют успешно лечить многие обструктивные заболевания мочевой системы у детей, включая травматические стриктуры уретры, с возможностью повторных вмешательств без риска для больного.