

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

развития. Удвоение собирательной системы почек выявлено у 5,4% детей, гидронефротическая трансформация – у 4,2%, пиелэктазия – у 6,3 %, пузырно-мочеточниковый рефлюкс – у 3,3%, нефроптоз – у 4,1%, поликистоз – у 1,2, гипоплазия почек – у 2,4%; уретероцеле – у 0,5%. Аномалии положения почек (тазовые и подвздошно-тазовые дистопии) выявлены у 0,5% пациентов, наличие единственной почки – у 0,6%. После этого все дети с выявленной пато-

логией направляются в детское хирургическое отделение стационара, где им в дальнейшем проводится полное рентгено-урологическое и эндоскопическое обследования.

Таким образом, благодаря высокой информативности, безболезненности, неинвазивности и отсутствию противопоказаний, УЗИ может быть рекомендована для диагностики патологии мочевого выделительной системы в виде скрининга у детей в поликлинике.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ

М.В. Четин, Д.Л. Березовский, Д.В. Волков

Городская клиническая больница № 1 (Перинатальный центр), г. Ульяновск

В нашей больнице в течение 1,5 лет у 56 детей в возрасте 7–15 лет мы использовали методику субэпидурального введения антибиотиков (СЭВА) при осложненных укушенных ранах: мальчиков было 37 (66%), девочек – 19 (34%). Основным показанием для этого было осложненное течение ран различной локализации, преимущественно на конечностях. Комплексное лечение осуществлялось согласно приказу № 297 МЗ РФ «О совершенствовании мероприятий по профилактике бешенства» от 07.10.1997 года. Определяющим для СЭВА была область поражения: при расположении очага на уровне верхнего пояса и грудной клетки до линии сосков у 32 (57%) детей использовался 1 межпальцевой промежуток на верхней конечности. При расположении гнойного очага на нижней конечности и теле до уровня пупка у 24 (43%) детей антибиотик вводили в первом межпальцевом промежутке стопы или в области бугристости большеберцовой кости. Использовалась стандартная методика: введением лидазы (или трипси-на), а затем спустя 5–6 минут введение разовой дозы антибиотика (1 раз в сутки). На начальном этапе использовали пенициллин и полусинтетические пенициллины, затем – антибиотики цефалоспоринового ряда. Реакций и осложнений (общих и местных) не отмечалось. С целью потенцирования действия ан-

тибактериальных препаратов, используемых при СЭВА, применяли вобэнзим в возрастной дозировке в течение 7 дней. Для сравнения использовалась аналогичная группа детей без СЭВА и энзимотерапии. На этапах инфильтрации гнойного процесса достаточно было 1–3 процедур, после чего наступала быстрая локализация воспалительного процесса: в среднем на 3 дня раньше в сравнении с контрольной группой. На этапе нагноения лечение сочетали с другими видами (сульфаниламидные, десенсибилизирующие препараты, физиолечение, гипербарическая оксигенация и др.). В первые сутки наблюдалось значительное снижение боли, ограничение воспалительного процесса. Гнойная рана очищалась от детрита в среднем на 4 дня раньше в сравнении с контрольной группой. При эффективности проводимого лечения отмечалось повышение количества лимфоцитов крови и снижение лейкоцитарного индекса интоксикации уже после первых двух процедур. Сроки полного выздоровления в 1,5 раза превысили сроки в контрольной группе детей (в зависимости от стадии воспалительного процесса).

Таким образом, СЭВА малотравматично, просто в исполнении, не вызывает осложнений и может быть рекомендовано для внедрения в практику лечебных учреждений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Ш.А. Юсупов, Ж.А. Шамсиев, У.Т. Суванкулов, Э.С. Данияров

Самаркандский государственный медицинский институт

Обструктивный гнойный калькулезный пиелонефрит (ОГКП) является одним из грозных осложнений мочекаменной болезни у детей, нередко приводящий к полной потере функции пораженной почки.

В Самаркандском научном центре детской хирургии при ОГКП применяется следующая хирургическая тактика. Оперативное вмешательство заключается в нефротомии, удалении камней и замазкообразных солей из ЧЛС, вскрытие субкапсулярных гнойников, гемостазе, введении многопросветного дренажного катетера в ЧЛС и фиксации. Эффективность функционирования дренажного катетера контролируется путем промывания ЧЛС через дренаж теплым слабо дезинфицирующим раствором перед зашиванием операционной раны. Многопросветный дренаж-

ный катетер при промывании ЧЛС позволяет санировать отлогие места ЧЛС и тем самым способствует быстрейшему выведению гноя, песка из полости почки.

Нами по вышеописанной методике оперировано 61 детей с ОГКП. В возрасте от 1 года до 3 лет было 11 (18%) детей, от 3 до 6 лет – 19 (31%) и от 6 до 14 лет – 31 (51%). Все дети поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с явлениями выраженных нарушений обменных процессов, анемии, угнетения азота выделительной функции почек.

Предоперационная подготовка больных включала в себя комплекс дезинтоксикационной и антибактериальной терапии. Щадящая нефростомия выполнена всем 61 детям с ОГКП в виде частичной и