

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ И РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Вишгорова И.А., Катаков В.О., Некрасова Е.Г.

В последние годы увеличивается количество детей, поступающих в хирургическое торакальное отделение с химическими ожогами и рубцовыми стенозами пищевода. Наиболее часто страдают дети от одного года до трех лет. С 1997 года по 1999 год нами пролечено 62 ребенка, пострадавших в результате приема агрессивных жидкостей, у большинства из них выявлен ожог второй и третьей степени. У 29 детей (47%) химический ожог осложнился рубцовым стенозом пищевода. Следует отметить, что почти у всех детей с подобным осложнением имело место нарушение правил и сроков бужирования или бужирование не проводилось.

Изменения тканей пищевода естественно зависят от химического состава вещества, длительности его воздействия, концентрации. Большинство детей получили ожог концентрированной уксусной кислотой - 51 пациент (82%). В четырех случаях встретился ожог пищевода кристаллическим перманганатом калия. По одному случаю ожог концентрированной серной и соляной кислотой, электролитом и нашатырным спиртом.

Всем детям, направленным в отделение в остром периоде, на 5-6 сутки произведена фиброгастроэзофагоскопия с установлением степени ожога пищевода. При второй и третьей степени ожога был проведен курс раннего прямого профилактического бужирования возрастным бужом в течение четырех недель. По окончании курса проводилась контрольная фиброгастроэзофагоскопия. При сохранении признаков ожога пищевода курс бужирования продолжался еще в течение четырех недель. Проведение контрольной фиброгастроэзофагоскопии на второй и шестой неделе у детей после выписки позволяло исключить формирование рубцового стеноза пищевода.

Подчеркнем целесообразность направления детей с химическими ожогами пищевода в специализированный стационар на 5 - 6 суток после травмы. Динамика патоморфологических изменений слизистой позволяет в этот срок дифференцировать степень ожога. К этому времени купируются острые проявления отравления, стабилизируется состояние, заканчивается период первичной дисфагии. Показанием к проведению курса прямого профилактического бужирования, на основании данных фиброгастроэзофагоскопии, является обнаружение инкруста эпителиальной выстилки и фибриновые наложения разной степени выраженности, что соответствует второй или третьей степени химического ожога. Всем детям, у которых был диагностирован рубцовый стеноз пищевода, после химического ожога проводился курс бужирования за нить, начиная с бужа соответствующего степени сужения просвета пищевода. В последующем диаметр бужа увеличивался. Программа бужирования за нить очень вариабельна, во многом зависит от выявленных

во время контрольной фиброгастроэзофагоскопии и рентгенографии пищевода с барием морфологических изменений. Часто курс бужирования за нить при рубцовых стенозах длится несколько месяцев. Рецидивов рубцового стеноза после проведения полного курса бужирования не было. В комплекс лечебных мероприятий входит местное противовоспалительное лечение (альмагель, облепиховое масло, болтушка с гидрокортизоном), электрофорез с лидазой или калием йодидом на область пищевода, курс гипербарической оксигенации с репаративной целью.

Анализ лечения химических ожогов пищевода, в том числе осложненных, позволяет сделать вывод о необходимости направления всех пострадавших детей на 5-6 сутки в специализированный стационар (хирургическое торакальное отделение) для проведения диагностики и определения тактики лечения. Применение устаревших методик лечения приводит к увеличению осложнений (перфорация пищевода, рубцовый стеноз), удлинит сроки лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ПО ПРОТОКОЛУ NВ '90 БОЛЬНЫХ С НЕЙРОБЛАСТОМ В 8 КЛИНИКАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Шорпков Е.В., Свердлов А.С., Тупоногов С.Н.,
Стрелева О.В., Фечина Л.Г.**

Лечение нейробластом у детей представляет сложную задачу, требующую наличия современной диагностической и лечебной базы, подготовленного персонала и опыта проведения высокодозированной полихимиотерапии и хирургических вмешательств у этой категории больных. Возможности 8 клиник, в которых проводилось исследование, были ограничены из-за отсутствия технологии трансплантации периферических стволовых клеток и костного мозга. В 7 из 8 клиник не проводилось исследование опухолевой ткани на количественное определение $N_{\text{тис}} \times 10^3$ копий.

С октября 1992 г. по декабрь 1999 г. 89 первично-диагностированных больных с нейробластомой поступили в вышеуказанные клиники. Преимущественное место локализации первичной опухоли - забрюшинные симпатические паравертебральные ганглии (58,75%). Вторая по частоте локализация - надпочечник (22,35%). Таким образом, более чем в 80% первичная опухоль располагалась забрюшинно.

Лечение проводилось в соответствии с протоколом NВ '90, который предусматривает:

1. Диагностический этап, включающий все методы экранной диагностики - УЗИ, КТ/МРТ и радионуклидное исследование скелета; полное клинико-лабораторное обследование, в том числе определение уровня нейрон-