

Низкое количество радикально удаленных опухолей в ходе первичной операции (25%) было обусловлено преобладанием пациентов с III-IV стадиями заболевания на момент постановки диагноза - 18,75% и 51,25% соответственно.

Бессобытийная выживаемость по всем стадиям составила $0,22 \pm 0,07$ и оказалась значительно ниже литературных данных (0,53). Наилучший прогноз имели пациенты с I стадией, наихудший - с IV стадией. Выживаемость во II стадии оказалась достоверно ниже, чем выживаемость при III стадии. По всей видимости, у части пациентов имела место недооценка стадии заболевания на этапе первичной диагностики.

Бессобытийная выживаемость пациентов со стадией I-III составила $0,39 \pm 0,12$, у пациентов со стадией IV $0,1 \pm 0,08$. Причинами, приведшими к снижению бессобытийной выживаемости у пациентов со стадиями I - III, явились: большое количество смертельных исходов на этапе терапии - 15 человек (36,7% от числа умерших) и прогрессирование опухолевого роста - 14 человек (34,14% от числа умерших).

Число рецидивов (14 человек - 17,5%) не превышало литературные данные. Большинство рецидивов (8 - 57,5% от общего числа рецидивов) были локальными. Во II стадии рецидивы развились у 33% пациентов. Этот факт подтверждает предположение, что имело место недооценка стадии заболевания на этапе первичной диагностики.

В целом результаты применения протокола NB '90 в условиях российских клиник оказались на уровне ожидаемых. Результаты лечения пациентов со стадией I-III показали необходимость более тщательного стадирования нейробластомы и выбора терапии в соответствии со стадией заболевания. Очевидна необходимость улучшения качества сопроводительного лечения на фоне проведения ПХТ, с целью уменьшения числа смертных исходов, обусловленных развитием различных осложнений.

Проблемой остается лечение пациентов с IV стадией, где результаты остаются неудовлетворительными. Необходимо внедрение новых технологий лечения, которые бы позволили улучшить результаты лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОСШЕМ НОГТЕ У ДЕТЕЙ

Лобанов Ю.Я., Черненко Л.Ю., Нагорный Е.А., Сакович А.В.

За последние 5 лет отмечается значительный рост числа пациентов с вросшим ногтем 1 пальца стопы. Надо заметить, что в прежние годы эта проблема волновала взрослую амбулаторную хирургию, где разработано более 100 способов операций, что свидетельствует о неудовлетворенности результатами лечения. Для детских хирургов этот раздел был не столь актуален, чем

и можно объяснить редкость обсуждения этой патологии у детей в литературе (Ленюшкин А.И., 1986 г.).

С 1996 по 2000 гг. в клинике детской хирургии УГМА на базе отделения гнойной хирургии пролечено 153 ребенка с врожденными ногтями I пальца стоп. Преобладающее большинство – 88,3% составили дети старшей возрастной группы от 11 до 15 лет. В 11,7% наблюдений дети были в возрасте от 5 до 10 лет. Двустороннее поражение встретилось у 38% пациентов. Мальчики и девочки страдают врожденными ногтями I пальцев стоп практически одинаково часто. У 25% пациентов отмечалось вращение и внутреннего и наружного края ногтевой пластинки.

Основной причиной этого мучительного для ребенка заболевания является нарушение нормального роста ногтей, анатомическая диспропорция между ногтевой пластинкой, ногтевым ложем и окружающими мягкими тканями. способствует развитию заболевания такие факторы, как:

- неправильная стрижка ногтей;
- сдавление пальцев стоп тесной обувью;
- травма и деформация пальцев стоп.

Клинические симптомы развиваются достаточно медленно и постепенно. Чаще всего на начальных этапах заболевания матери таких детей занимаются самолечением – прикладывают различные мази, еще более глубоко выстригают ноготь. Безуспешность такого лечения, прогрессирование изменений на I пальце заставляют обратиться к хирургу обычно через 3-12 месяцев от начала заболевания.

При вращении бокового края ногтевой пластинки в мягкие ткани возникают микротравмы, особенно при нагрузке. Известно, что кожа стоп инфицирована, а при несоблюдении гигиены просто загрязнена, что при микротравмах, повреждениях эпидермиса способствует воспалению, изъязвлению мягких тканей, развитию обширных грануляций ногтевая фаланга пальца становится отечной, гиперемизированной, разрастаются гипергрануляции. на этом фоне возникают боли при ходьбе и даже в покое, невозможность надеть обычную обувь. Обстригание ногтя затрудняется из-за прогрессирования гнойно-воспалительного процесса.

Учитывая довольно высокий процент рецидивов при вросшем ногте при различных способах оперативного лечения, мы предложили методику лечения вросшего ногтя у детей, включающую в себя предоперационную подготовку и одно- или двухэтапную операцию Бртлста в модификации клиники.

Предоперационная подготовка необходима для стихания гнойно-воспалительных изменений в околоногтевых мягких тканях, а значит рецидивов патологии. Предоперационные мероприятия проводятся в амбулаторных условиях и включают в себя:

- - строгое соблюдение гигиены ног;
- - правильная стрижка ногтей;

- ограничение ходьбы;
- ежедневные ножные ванны с антисептиками;
- ежедневные перевязки – санация раствором перекиси водорода, повязки с димексидом, йодопирином или антибактериальными мазями;
- УВЧ-терапия, магнитолазер;
- в запущенных случаях удаление ногтевой пластинки как устранение одной из причин.

Временное улучшение состояния на фоне проводимой терапии является показанием к плановому пластическому оперативному вмешательству.

Одноэтапная операция Бартлетта в модификации произведена 92% детей с вросшим ногтем 1 пальцев стоп. Оперативное вмешательство необходимо осуществлять в условиях стационара под общим обезболиванием. Проведение операции под местной анестезией не позволяет достичь обоснованного радикализма.

Операция Бартлетта в нашей модификации предусматривает выполнение следующих этапов:

- удаление ногтевой пластинки;
- иссечение гипергрануляций утолщенного околоногтевого валика;
- мобилизация фиксированных к ногтевому ложу мягких тканей на стороне врастания;
- клиновидное иссечение кожи, подкожной клетчатки на боковой поверхности пальца до кости, длина разреза больше измененного бокового валика; критерисм клиновидного иссечения мягких тканей является четко выраженное после наложения швов увеличение площади ногтевого ложа.

В послеоперационном периоде производятся перевязки с 0,1% раствором йодопирина. Швы снимаем на 7-8 сутки при наличии резкой деформации, сужения ногтевого ложа осуществляем двухэтапное вмешательство, обычно через 4-6 месяцев.

Данный способ сочетания предоперационной подготовки на амбулаторном этапе и модифицированной операции позволил достичь благоприятного исхода заболевания без нарушения функций нижних конечностей у 98,2% больных. Выздоровление наступило без каких-либо ранних и поздних осложнений. Рецидив развился у 2 детей на начальных этапах разработки этой методики лечения. Эти больные повторно оперированы, исход – выздоровление.

Таким образом, оперативное вмешательство у детей с вросшими ногтями 1 пальцев стоп не следует откладывать до более взрослого состояния пациента. Необходимо исключать длительный неэффективный и неэкономичный этап амбулаторного лечения, включающий в некоторых случаях неоднократные паллиативные операции.

Операция Бартлетта в модификации клиники в сочетании с предоперационной подготовкой позволяет достичь высоких результатов в лечении

детей с врожденными ногтями за последние три года послеоперационных рецидивов не отмечалось.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ В УРОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Ахметова С. Р., Меншикова Л. В.

В настоящее время наблюдается тенденция роста аномалии развития мочеполовых органов. По статистическим данным центральных научно-исследовательских учреждений они составляют более 35-40% всех врожденных пороков развития у детей. Причины развития аномалии изучены недостаточно.

Принято выделять экзогенные и эндогенные отрицательные факторы. К числу безусловно важных эндогенных факторов, влияющих на формирование мочевыделительной системы следует отнестиотягощенное течение беременности, нарушение обменных процессов, наличие хронической экстрагенитальной патологии и инфекционно-воспалительные заболевания гениталий беременной женщины.

Среди экзогенных факторов важную роль играют экологическое неблагополучие зоны проживания, вредные привычки будущей матери (курение, токсико-наркомания, алкоголизм и т.д.).

В урологическом кабинете поликлиники ДГКМБ № 9 состоит на диспансерном учете 74 ребенка с единственной почкой.

Из них более половины (41 больной) - после нефрэктомии по поводу потери функции почки на фоне пороков развития мочевой системы: часть больных детей с агенезией (аплазией) почки; небольшое число детей (5 больных) после нефрэктомии по поводу тяжелой травмы почки.

К тяжелым аномалиям развития, приводящим к потере функции почки и нефрэктомии с ранней инвалидизацией, относятся: врожденный гидронефроз, пузырно-мочеточниковые рефлюксы тяжелой степени, мультикистоз.

Большую роль в диагностике аномалии развития мочевой системы играет ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Несинвазивность этого метода исследования позволяет применять его у детей с периода новорожденности и, что очень важно, в диагностике пороков развития плода.

В литературе описаны случаи оперативного лечения гидронефроза у плода, выявленного методом УЗИ.

Около 80 % врожденной урологической патологии, в том числе и агенезия почки, впервые выявляется именно при проведении УЗИ. Чаще всего обследуются дети с клиническими проявлениями инфекции мочевыводя-