

миелоишемии в области конуса и эпиконуса), спинальных сосудистых нарушениях на фоне травматизации, пороках, аномалиях развития, миелодисплазии (в том числе и скрытой), опухолях, синдроме фиксированного спинного мозга и пр. При необходимости, с целью выявления грубой органической патологии проводились нейровизуализация и консультация нейрохирурга. При проведении стимуляционной ЭНМГ исследовались нервы: бедренный (корешки L1-L4), большеберцовые (L4-L5, S1-S3), малоберцовые (L4-L5, S1-S3). В 80% случаев выявлялось снижение скорости проведения импульса по двигательным волокнам, при анализе моторного ответа исследуемой мышцы отмечено снижение амплитуды и полифазность комплекса, причём более выражено снижение амплитуд с дистальных участков. Это позволило дать заключение о нейропатии, выявлялся, преимущественно, аксональный характер поражения. Выявляемые невритические изменения, с учётом исследуемых мышц, позволяли судить о заинтересованности корешков, спинальных сегментов, тяжести поражения.

Детский возраст ограничивает возможности для выполнения стандартного объёма исследований при нарушении функции тазовых органов. Функциональное электромиографическое исследование позволяет уточнить уровень поражения нервной системы и характер расстройств, что имеет значение для выбора методов их коррекции.

Таким образом, возможности применения электронейромиографии при данной патологии в педиатрической практике достаточно перспективны.

Лечение нефробластом у детей

Фирсова Л.В., Лавренчик А.И., Яковченко С.Н.

Областная детская клиническая больница. г. Иркутск.

В работе проведен анализ лечения детей с нефробластомой, находившихся в отделении онкогематологии ИГОДКБ с 1987 по 2008 годы. Девочек было 12 (27,9%), мальчиков – 31 (72%). Наибольший процент впервые выявленных больных пришелся на возраст 1-2 года – 16 детей (37,2%). До 1 года – 6(13,9%), 2-3 года – 8(18,6%), 3-4 года – 7(16,2%), 5-6 – 5(11,6%), старше 7 лет – 1(2,3%). Опухоль Вильмса слева диагностирована у 11 больных (26%), справа – у 18(42%), билатеральная – у 4(9,3%).

При поступлении имелись жалобы: на увеличение живота, лихорадку, гематурию, снижение веса, вялость, реж - боли в животе и повышение артериального давления. В качестве диагностических методов использовались МСКТ брюшной полости, забрюшинного пространства и легких, УЗС, экскреторная урография, гаммасцинтиграфия почек и костей скелета, определение онкомаркеров (катехоламинов в моче, нейроспецифической енолазы, ванилил-миндальной кислоты в сыворотке крови), практически всем детям проводилась тонкоигольная биопсия с последующим гистологическим исследованием. Нефробластома в I стадии выявлена у 2 больных (8,6%), во II – у 23(53,4%), в III – у 11(25,5%), в IV – у 3(7%), в V – у 4(9,3%). Наиболее часто встречаемые гистологические типы – смешанный и бластемный. Лечение проводилось согласно протокола SIOP-93-d/GPON и включало предоперационную химиотерапию, оперативное вмешательство, послеоперационную химиотерапию и (или) лучевая терапия. За последние 8 лет погибло 6 детей, 5 от прогрессирования, 1 от осложненной химиотерапии. 37 больных находятся под наблюдением. Выживаемость детей с билатеральным поражением 100%. Отдаленные результаты лечения больных с нефробластомой позволяют высказать мнение о возможности полного излечения большинства детей.