

А.Н. Константинова¹, В.В. Щукин^{1, 2}, Е.А. Спиридонова^{1, 3}, А.В. Харькин¹,
В.А. Сманцер¹, Ю.Г. Овсянников¹

¹ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва Министерства здравоохранения России, Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

³ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

Применение погружного якорного шва для фиксации долгосрочных центральных венозных катетеров

Актуальность. Лечение пациентов онкогематологического профиля включает в себя внутривенное введение гиперосмолярных растворов, требующих долговременного центрального венозного доступа. Одним из вариантов обеспечения такого доступа является туннелируемый катетер типа Broviac. Помимо прохождения в подкожном туннеле катетер имеет дакроновую манжету, препятствующую распространению инфекции от кожи вдоль катетера и играющую дополнительную фиксирующую роль. Для обеспечения этих функций манжета должна «врасти» в подкожную клетчатку. Этот процесс занимает около 1 мес, и для его эффективного завершения требуется неподвижное положение манжеты на все время «врастания». Для обеспечения неподвижности манжеты в мире были предложены различные варианты якорных швов, но они требуют дополнительных разрезов кожи.

В марте 2014 г. нами был предложен погружной якорный шов для фиксации манжеты без дополнительных разрезов на коже.

Цели: оценить эффективность и функциональность погружного якорного шва.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января 2013 по август 2015 г.: туннелируемые катетеры устанавливались детям в возрасте от 3 мес до 17 лет. До 01.03.2014 установка туннелируемых катетеров (установлено 206 катетеров) не сопровождалась дополнительной фиксацией манжеты. С 01.03. 2014 манжета всех катетеров дополнительно фиксировалась погружным якорным швом (установлено 296 катетеров).

Результаты. До начала фиксации манжеты в течение первых 2 мес эксплуатации случайно было полностью удалено 10 (4,8%) катетеров. Кроме этого, у 23 (11,1%) пациентов катетер в процессе эксплуатации был подтянут до уровня манжеты у места входа медицинского инструмента. С момента фиксации манжеты случайно было полностью удалено 8 (2,3%) катетеров. В 1 (0,29%) случае отмечалось смещение катетера до появления манжеты у места входа инструмента.

Выводы. В группе пациентов в возрасте от 3 мес до 17 лет применение погружного якорного шва позволило в 2 раза снизить частоту случайного удаления катетера в первые месяцы эксплуатации и более чем в 10 раз уменьшить возможность смещения катетера.

Г.И. Кричевская, О.С. Слепова, С.В. Саакян, Е.Б. Мякошина,
А.Е. Андрушин, Г.П.Захарова, А.М. Майбогин

Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздрава России,
Москва, Российская Федерация

Детекция возбудителей хронических офтальмотропных инфекций в биоптатах ретинобластомы с использованием ПЦР

Введение. Ретинобластома наблюдается у детей раннего возраста. Ее двусторонние формы обусловлены наследственными факторами (мутацией в одном из аллелей гена супрессора опухолевого роста-Rb1). Односторонние формы

возникают спорадически, причины их развития не вполне ясны. Показано супрессивное влияние некоторых вирусов на белок ретинобластомы, регулирующий рост и дифференцировку клеток. В связи с этим возникает вопрос о воз-

можной роли инфекций в генезе спорадических случаев РБ.

Цель: определить наличие и частоту выявления наиболее распространенных возбудителей хронических офтальмотропных инфекций в биоптатах опухоли у детей с РБ.

Материалы и методы. Обследовано 11 детей (возраст 7–42 мес; средний возраст 24 мес) с РБ группы Е. В связи с далеко зашедшей стадией опухоли проведена энуклеация: односторонняя форма — у 10, двусторонняя — у 1. В ПЦР реального времени исследовали биоптаты опухоли (у 11), стекловидное тело (у 2) и плазму крови (у 11) на наличие ДНК вируса простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов, цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейна–Барр (ВЭБ), вируса герпеса человека 6-го типа (ВГЧ6), *Toxoplasma gondii*, уреоплазмы (*Ureaplasma spp.*), *Mycoplasma hominis*. Использовали коммерческие сертифицированные наборы производства ЗАО «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты. ДНК инфекционных возбудителей выявлены в 5 (45,4%) из 11 биоптатов РБ. В 4 из них обнаружили ДНК герпесвирусов: ЦМВ — 2, ВЭБ — 1 и ВГЧ6 — 1. У ребенка в возрасте 16 мес выявлен геном уреоплазмы. Еще у 1 ребенка (возраст 43 мес) в опухолевом материале геномы инфекционных возбудителей не определялись, а в стекловидном теле обнаружили ДНК уреоплазмы и *Chlamydia trachomatis*. Только у 1 ребенка в возрасте 16 мес геном ЦМВ одновременно присутствовал и в опухоли, и в плазме крови.

Заключение. ДНК инфекционных возбудителей обнаружены в 45,4% исследованных биоптатов РБ — существенно чаще, чем в плазме крови этих пациентов ($p = 0,002$). Преобладали герпесвирусы (в 4 из 5 ПЦР-положительных опухолей). Необходимы дальнейшие исследования для выяснения роли в генезе опухоли выявленных в биоптатах микроорганизмов.

М.С. Кубиров, Д.В. Нисиченко, А.З. Дзампаев, М.Д. Алиев

НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Использование раздвижных эндопротезов в детской онкологии (Восточно-Европейская группа по изучению сарком)

Цель: на основании опыта одного института проведен анализ использования раздвижных и нераздвижных эндопротезов в разных возрастных группах детей с костными саркомами.

Материалы и методы. С 2000 по 2012 г. проведено исследование среди 268 детей, которым выполнено 299 операций, включая ревизионные вмешательства. Средний возраст — 12 лет (от 3,5 до 18 лет), преимущественно встречались остеосаркомы (68%) и саркома Юинга (25%). Средний период наблюдения — 5,4 года.

Первичное протезирование крупных суставов и костей выполнено 266 (89%) пациентам, ревизионные операции — 33 (11%) детям. Эндопротезирование дистального отдела бедренной кости выполнено 147 (44%) пациентам.

Анализ материалов был разбит на 2 временных интервала:

- ретроспективный анализ — с 2000 по 2007 г. За это время было выполнено 115 первичных оперативных вмешательств и 7 реэндопротезирований. Из 115 первичных эндопротезов 67 было нераздвижной конструкции, 37 — раздвижных инвазивных и всего 11 раздвижных неинвазивных;
- проспективный анализ — с 2008 по 2012 г. За этот период выполнена 151 первичная опера-

ция и 26 реэндопротезирований. С использованием нераздвижных эндопротезов проведено 60 первичных операций, 31 хирургическое вмешательство с использованием раздвижных инвазивных эндопротезов, установлено 60 раздвижных неинвазивных эндопротезов.

Мы использовали эндопротезы фирмы ProSpon (Чехия), Rephysis (США), Implantcast (Германия), W.link (Германия), Stanmore (Англия).

Увеличение длины эндопротеза с инвазивным механизмом раздвижки в связи с уменьшением длины пораженной конечности было выполнено в 31 (42,4%) случае из 73, что предполагало проведение анестезиологического пособия и хирургического вмешательства. Количество дистракций в среднем составило 1,9 (от 1 до 5 процедур). Из 85 эндопротезов с неинвазивным механизмом раздвижки 28 (32,9%) имплантатов подверглись процедуре удлинения. В среднем было проведено 2,5 процедуры удлинения (от 1 до 13 процедур).

Мы анализировали данные согласно классификации осложнений (по Henderson, 2010): I тип наблюдали в 10,9% случаев, II тип (асептическая нестабильность) — в 10,9%, III тип — в 7%, IV тип (глубокая инфекция) — в 14,7% (у 39) — за последние 5 лет исследования уровень инфекции сокра-