

шения уродинамики появлялись спустя 6 месяцев после операции, что сопровождалось сокращением ЧЛК. Окончательное восстановление ЧЛК, толщины паренхимы и ее дифференцировки, показателей гемодинамики отмечалось спустя 1 год. Показатели мочеточниково-пузырных выбросов восстановились спустя 3 года после хирургической коррекции.

У детей со значительными изменениями внутривисочечной гемодинамики при наличии выраженного расширения ЧЛК спустя 6 месяцев после операции значимых изменений со

стороны коллекторной системы и почечного кровотока выявлено не было. Только спустя 1 год у большинства пациентов (75%) произошли значительные улучшения в состоянии ЧЛК и паренхимы почки.

Таким образом, прогностически благоприятные признаки восстановления уродинамики после операции регистрируются при ультразвуковом исследовании через 6 месяцев при умеренных изменениях в паренхиме и чашечно-лоханочной системе, а при тяжелых формах гидронефротической трансформации — не ранее 1 года.

Изолированное расширение собирательной системы почки у детей (диагностика и тактика)

С. Г. ВРУБЛЕВСКИЙ, А. И. ГУРЕВИЧ

Кафедра детской хирургии Российского государственного медицинского университета, г. Москва.

УДК 616.61-07

Пиелозктазия в ряде случаев рассматривается как стадия гидронефроза. Однако, имеющееся расширение лоханки у детей грудного и раннего возраста нередко носит транзитный характер, может самопроизвольно уменьшиться и даже полностью исчезнуть.

Целью нашего исследования явилось установление дифференциально-диагностических критериев пиелозктазии и гидронефроза на основании определения параметров почечного кровотока и оценки состояния почечной паренхимы и ЧЛС.

Материалы и методы: Всего обследовано 98 пациентов с изолированной дилатацией лоханки в возрасте от 3 мес. до 14 лет. Изменения размеров ЧЛС выявлены внутриутробно — у 36 пациентов (36,6%), обнаружены случайно при плановом ультразвуковом обследовании (УЗИ) — у 62 детей (63,3%). При УЗИ мочеточниково-пузырных выбросов и при диуретическом УЗИ (ДУЗИ) использовали разработанные ранее методики.

Результаты исследований: При импульсной доплерометрии (ИДМ) гемодинамика не была нарушена — индекс резистентности (IR) на всех уровнях колебался в минимальных пре-

делах. Установлено достоверное повышение IR мочеточниково-пузырных выбросов во всех возрастных группах от 0,75 до 0,82-0,86 по отношению к показателям с контралатеральной стороны, где не наблюдалось расширения лоханки. Анализ проведенных исследований показал, что к возрасту 6 мес. у 6 детей (6,1%) лоханка сократилась, ее размеры соответствовали возрастной норме. К 1 году у 19 детей (19,5%) лоханка не превышала нормативные показатели, к 3 годам у 60 пациентов (66,1%) размер лоханки не превышал 4-5 мм. У трех пациентов зафиксировано увеличение поперечного размера лоханки от 8-10 мм до 18 мм. При проведении в дальнейшем хирургической коррекции установлено, что причиной обструкции во всех случаях являлся абберантный сосуд.

Таким образом, у детей раннего возраста пиелозктазия в подавляющем числе случаев является функциональным состоянием и не требует хирургической коррекции. При отсутствии изменений со стороны паренхимы, показателей почечного кровотока и анализов мочи, повышении IR мочеточниково-пузырных выбросов возможно динамическое наблюдение.

Стратегия и тактика ведения больных с тубулоинтерстициальными поражениями почек

А. А. ВЯЛКОВА, И. В. ЗОРИН, Л. М. ГОРДИЕНКО, А. И. БУРАКОВА

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава».

УДК 616.61

В последние десятилетия получено экспериментальное подтверждение первостепенного значения тубулоинтерстициального фиброза (ТИФ), как патоморфологической основы прогрессирования почечной недостаточности, и роли протеинурии в развитии ТИФ (Ridson R. A., Sloper J. S., Wardener H. E., 1968, Boble A., Muller G. A., Webrmann W. et al., Okon K.,

2003). Показано, что наиболее значимыми факторами неблагоприятного прогноза у пациента с тубулоинтерстициальным поражением почек (ТИПП) и различными формами гломерулонефрита (ГН) являются тубулоинтерстициальные изменения (Webrmann W., Boble A., Held H., Sebumm G., Kendziorra H., Presslar H., 1990).



С целью разработки алгоритма диагностики ТИПП проведено комплексное клиничко-параклиническое обследование 420 больных в возрасте от 1 года до 17 лет: с уролитиазом (60 детей), пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР, 30 больных), аномалиями органов мочевой системы (ОМС, 90 детей), хроническим вторичным пиелонефритом (180 больных) в активную (95 детей) и неактивную стадии (85 детей) воспалительного процесса и 60 детей контрольной группы. Всем детям проводился мониторинг клинических и структурно-функциональных показателей почек.

Обоснованы этапы обследования больных направленные на дифференцированную диагностику патогенетических факторов первичных (гипоксия) или вторичных (обменные нарушения, рефлюкс-уропатии, нарушения почечной гемодинамики, иммунные комплексы, липиды и др.) повреждающих факторов ТИПП, а также этиологических факторов (инфекционные, токсические, ишемия и другие).

Выделены ключевые клиничко-параклинические признаки ТИПП (протеинурия, микроальбуминурия (МАУ), функциональный почечный резерв, показатели парциальных функций канальцев; органоспецифические ферменты, суточный мониторинг артериального давления (АД), эхографические параметры структурных изменений почек и состояние внутривисцеральной гемодинамики).

Обоснована оптимальная последовательность диагностического поиска для верификации диагноза и назначения патогенетической терапии с учетом механизмов повреждения интерстиция почек.

Прогностическими признаками неблагоприятного клинического течения заболевания с наслоением тубулоинтерстициального процесса являются снижение тубулярных функций, стойкая бета-лизинурия, стабильно-высокий уровень показателей перекисления липидов, угнетения ферментов антиоксидантной защиты, снижение факторов противоинфекционной резистентности в сочетании с персистенцией вирусов Коксаки и внутриклеточно паразитирующей кишечной палочкой, обладающей высокой способностью к инактивации лизоцима.

В группу высокого риска по развитию ТИПП отнесены дети, перенесшие гипоксию в перинатальном периоде, при выявлении обменных нарушений, аномалий органов мочевой системы или нейровегетативной дисфункции с синдромом нейрогенного мочевого пузыря, хронического цистита, рожденных женщинами с патологией почек, имевшими контакт с профессиональными и другими средовыми вредностями, в т.ч. Коксаки-вирусной инфекцией.

Высокая частота формирования тубулоинтерстициального поражения почек у детей с предрасполагающими состояниями требует постоянного диспансерного наблюдения за ними с систематическим контролем за показателями функции почек, уровнем суточной протеинурии и микроальбуминурии, УЗИ-мониторингом почек, суточным мониторингом артериального давления, контролем показателей противоинфекционной защиты, обменных нарушений для их своевременной коррекции с целью профилактики возникновения и прогрессирования тубулоинтерстициального поражения почек.

Ортопедические осложнения у детей, перенесших острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит нижних конечностей

М. Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, П. Н. ГРЕБНЕВ

ГОУ ВПО казанский государственный медицинский университет Росздрава РФ, г. Казань

УДК 616.71-018.46-002:617.3

Было проведено лечение острого метаэпифизарно-го остеомиелита (ОГМЭО) нижних конечностей у 106 детей в возрасте от 11 дней до 2,7 года, проходивших лечение в ДРКБ МЗ РТ (1993-2007). Мальчиков 50 (47,2%), девочек 56 (52,8%), из них в период новорожденности поступило 37 (34,9%) детей.

Новорожденных 37 (34,9%), детей до 1 года 34 (32,1%), от 1 года до 2-х лет 19 (17,9%), 2 года и старше 16 (15,1%).

В первые три дня от начала заболевания поступило 52 (49%) детей, на 4-7-е сутки 38 (35,8%) детей и позднее 8 суток — 16 (15,2%).

Наиболее часто поражались проксимальный (29,2%) и дистальный (41,5%) эпиметафизы бедренной кости и проксимальный эпиметафиз большеберцовой кости (13,2%). Сочетанное поражение 2 костей выявлено у 15 (14,2%) детей.

Причины несвоевременного направления больных в стационар: ошибочная диагностика — 11,2%, запоздалая диагностика — 15,3%, отсутствие классической клинической картины — 39,4% (преобладание общих симптомов над местными, бессимптомное течение, преобладающее поражение других органов и систем).

При поступлении всем детям назначалась инфузионная и антибактериальная терапия.

У 60 (56,6%) было проведено хирургическое лечение: у 21 (35%) ребенка проведена остеоперфорация метафиза, в 15 (25%) случаях проведено вскрытие и дренирование флегмоны, у 13 (21,7%) детей проведена пункция коленного сустава которая у 5 (8,3%) детей закончилась дренированием сустава. Пункция тазобедренного сустава выполнено у 4 (6,7%) детей, дренирование у 1 (1,7%) ребенка.

У 46 (43,4%) проводилось консервативное лечение, которое заключалось в назначении физиотерапевтических процедур, наложения маевых повязок, иммобилизация конечностей.

На ряду с лечением острого процесса проводилось использование ортопедических пособий (гипсовая лангета, вытяжение по Мао, Шеде, шины Виленского, стремена Павликова, гипсовая иммобилизация конечностей).

Во всех случаях проводился бактериологический посев на определение флоры и чувствительности к антибиотикам. В 45% случаев высевался золотистый стафилококк, в 22% случаев эпидермальный стрептококк, эшерихия коли в 7,4%,