

валась во время диуретической нагрузки, для выявления функциональных нарушений выполнялась микционная цистография.

Истончение паренхимы, являлось угрожающим признаком, требовало госпитализации в специализированное отделение для выполнения полного урологического обследования и проведения адекватного лечения. Только детям с выраженной обструкцией, которая приводит к атрофии паренхимы, мы рекомендуем выполнять выделительную урографию.

Таким образом, ультразвуковое сканирование позволяет объективно обосновать объем необходимого урологического обследования, что особенно важно в младенческом возрасте. Дети с пороками мочевыделительной системы требуют тщательного дифференцированного подхода с целью оптимизации диагностического процесса.

Рентгеноурологическое обследование в полном объеме показано пациентам с истончением паренхимы, детям с нарушениями уродинамики без атрофии паренхимы рекомендуется проводить комплекс минимально инвазивных мероприятий с применением минимального объема диагностических методик.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННЫХ**

**О.Б. Адаменко, З.А. Халепа**

**Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
Новокузнецк, Российская Федерация**

Цель: предупредить инвалидизацию детского населения и снизить риск рождения детей с фатальным прогнозом. При проведении УЗ скрининга беременных для выявления врожденных пороков развития за период с февраля 2002 по декабрь 2008 года обследовано 42158 женщин в сроки от 16 до 39 недель беременности. В 211 наблюдениях выявлены пороки мочевой системы у плода, что составило 31,1% из всех зарегистрированных. 36 (17%) наблюдений – аномалии почек: расположения, величины, взаимоотношения, количества и кистозные заболевания. 175 (83%)-различные варианты обструктивных уропатий, нарушения оттока мочи локализовались на разных уровнях мочевого тракта. У плодов мужского пола аномалия выявлялась в 5 раз чаще. Достоверных различий от стороны поражения не выявлено.

Родилось 202 ребёнка с патологией мочевой системы, что составило 5 случаев на 1000 новорождённых. К числу «фатальных пороков» почек и мочевыводящей системы без уродинамических расстройств, относятся: эктрофия мочевого пузыря; тотальная эписпадия, двухсторонняя агенезия почек, кистозная дисплазия почек (сидром Поттер 1-4), комплекс множественных пороков развития, каждый из которых требует оперативного лечения в периоде новорожденности.

«Фатальные пороки» с нарушениями уродинамики приводят к значительному расширению полостных систем почек и мочеточников с атрофическим изменением паренхимы, вплоть до внутриутробного сморщивания почек. Во время пренатального исследования, помимо деформирующих изменений верхних мочевых путей и выраженной атрофической изменений паренхимы, достоверный неблагоприятный прогноз определяет состояние нижних мочевых путей. К ним относятся: отсутствие, увеличение или уменьшение объема мочевого пузыря, отсутствие микционных циклов, резкое снижение или отсутствие диуреза. Выделение антенатальных критериев «фатальных» пороков, включающих как структурные маркеры, так и уродинамические характеристики диуреза плода, требует принятия дальнейших коллегиальных ответственных решений о целесообразности пролонгирования беременности.

Таким образом, антенатальное консультирование детским урологом, выявленных нарушений, позволяет повысить достоверность и эффективность УЗ скрининга, определить тактику ведения беременности, сроки и объем лечебных мероприятий в постнатальном периоде, осуществляет преемственность наблюдений пациентов урологического профиля в ante- и постнатальном периоде.

## **ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТОВ**

**А.Ш. Айтиалиев, А.О. Момынкулов, В.А. Крючков, Б.К. Кожыханов,  
Д.К. Урмурзин, М.А. Валашвили**  
**Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ,  
Алматы, Республика Казахстан**

В клинике детской хирургии КазНМУ за 2007 г. обследованы 60 больных детей с диагнозом «Острый гангренозно-перфоративный аппендицит, перитонит», получавших в комплексе послеоперационной терапии гипербарическую оксигенацию (ГБО). Основную группу составили 30 детей, получавших ГБО. Возрастной ценз больных от 3 до 14 лет.

ГБО проводилась в барокамерах типа «БЛ-3» и «Ока-МТ» под давлением 1,8-2,0 ата с экспозицией 30-40 минут. Оксигенотерапия проводилась на 2-й и 3-й дни после операции, 2-х и 3-х дневными сеансами. Считается оптимальным применение 1,5-2 ата при экспозиции 45-60 мин. (5-6 сеансов при интервале между первыми сеансами по 6-12 часов).

Включение ГБО в комбинированную терапию послеоперационного перитонита оказалось достаточно эффективным, как в плане этиологической терапии, так и патогенетической, с появлением в более ранние сроки перистальтики кишечника и самостоятельного стула. Несколько меньший процент осложнений также говорит в пользу этого метода. Хотелось бы отметить, что проведение метода ГБО должно быть четко дозированным по числу сеансов-не менее 5-6, чтобы избежать осложнений со стороны инфекционного процесса. Гипероксия оказывает