

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 уродатий, 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 ребенка с патологией мочевой системы, что составило 5 случаев на 1000 новорожденных. К числу «фатальных пороков» почек и мочевыводящей системы без уродинамических расстройств, относятся: эктрофия мочевого пузыря; тотальная эписпадия, двухсторонняя агенезия почек, кистозная дисплазия почек (сидром Поттера 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 протонирования 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. Айталиев, 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

антимикробное действие в первую очередь на анаэробную флору, число колоний которой резко уменьшается, и к концу курса (6 суток) лечения они полностью исчезают. Под влиянием ГБО аэробно-анаэробный симбиоз вначале сменялся выделением только аэробных микроорганизмов, а затем, к 5-7 суткам, наблюдалась полная ликвидация микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ СОБСТВЕННО ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

М.М. Байчоров, Е.В. Лукьяненко, В.Ф. Доронин, Ю.Н. Болотов
Ставропольская государственная медицинская академия,
Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация

Врожденные диафрагмальные грыжи (ВДГ) составляют 9 - 10% среди других пороков развития. Лечение ВДГ у новорожденных - сложная и не всегда успешно решаемая проблема. По данным отечественной и зарубежной литературы, послеоперационная летальность новорожденных с ВДГ продолжает оставаться достаточно высокой. Цель работы: анализ результатов хирургического лечения грыж собственно диафрагмы у новорожденных.

Материал и методы. За период 2000- 2008 г. в клинике детской хирургии СтГМА на базе СКДКБ находились на лечении 32 новорожденных с ВДГ (мальчиков - 20, девочек - 12) в возрасте от 1 до 23 дней. Ложные грыжи собственно диафрагмы наблюдались у 53,2%, истинные грыжи - у 37,5%, аплазия купола диафрагмы - у 9,3% младенцев. Наиболее часто ВДГ проявляли себя на 2-3 сутки после рождения клиникой подострого или остро развивающейся дыхательной недостаточности. Острое течение отмечено у 28 (87,5%) новорожденных, преимущественно с ложными ВДГ, подострое - у 4-х (12,5%) младенцев с истинными ВДГ.

Корректирующие операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с ИВЛ после кратковременной предоперационной подготовки. Операционный доступ - трансабдоминальный. Диафрагмопластику производили в основном местными тканями, используя разнообразные технические приемы. При аплазии купола диафрагмы дополнительно применяли нейлоновую сетку. При выраженной висцеро-абдоминальной диспропорции осуществляли двухэтапную пластику передней брюшной стенки по Гроссу.

Полную и одномоментную аспирацию воздуха из плевральной полости с целью полного расправления легкого после устранения ВДГ считаем опасной и недопустимой процедурой, чреватой разрывами альвеол и усугублением нарушений центральной гемодинамики. Постепенное расправление легкого в большинстве случаев достигали пассивным трансабдоминальным дренированием плевральной полости. Последнее время плевральную полость после операции не дренируем, а пункции проводим исключительно по строгим показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяем обеспечению адекватной легочной вентиляции и купированию легочной гипертензии. До восстановления эффективного спонтанного дыхания всем детям проводили продолжительную искусственную или вспомогательную вентиляцию легких.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 43,7%. Из оперированных новорожденных 28,1% погибли от нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности в первые 2-3 суток после операции, что объясняем отсутствием строгого контроля центральной гемодинамики и недостаточной коррекцией легочной гипертензии. Хирургических осложнений и летальных исходов, связанных с их развитием, не отмечено. Наблюдение за оперированными детьми с ВДГ показало отсутствие каких-либо респираторных и общесоматических проблем в катамнезе.

Выводы. Улучшение непосредственных результатов лечения ВДГ связываем с дальнейшей разработкой мероприятий, направленных на профилактику и раннюю коррекцию легочной гипертензии на всех этапах оказания медицинской помощи новорожденным.

НОВОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ МЕСТА СТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА

Д.А. Борцов, А.Н. Обедин, В.Н. Лапина
Ставропольская государственная медицинская академия,
Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность исследования. Одним из самых частых осложнений катетеризации вен являются катетер-ассоциированные инфекции (КАИ). Особенностью данной проблемы в отделениях детской онкогематологии является необходимость длительного обеспечения центрального венозного доступа у детей с иммунодефицитом на фоне проведения курсов полихимиотерапии (ПХТ). Различными авторами приводятся противоречивые данные по частоте осложнений при различных способах фиксации катетера.

Целью нашей работы, проводимой на базе Детской краевой клинической больницы, являлась оценка эффективности и безопасности применения различных способов фиксации.

Материал и методы. Центральный венозный катетер был поставлен 48 пациентам в возрасте от 3 месяцев до 14 лет. Показанием к катетеризации служила ПХТ. Пациенты были разделены на две группы: 1. пациенты с полиэтиленовым катетером и пластырной повязкой; 2. пациенты с полиэтиленовым катетером и пленочной наклейкой Тегадерм. Контроль стерильности осуществлялся путем многократных посевов с кожи на 3 и 7 сутки. Визуальный контроль пункционной раны выполнялся ежедневно и оценивался по трем критериям: наличие красноты, припухлости, гнойного отделяемого.

Результаты: длительность стояния катетера в центральной вене у пациентов всех групп колебалась от 5 до 55 суток. В первой группе катетер находился в вене в среднем $12 \pm 1,2$ суток, во второй группе катетер был удален из вены в среднем на $23 \pm 2,2$ суток. При бактериологическом контроле в первой группе на 6 сутки из - под повязки получен рост *St. aureus*, в результате чего частота осложнений, выражающаяся в местной реакции гиперемии и