

развития. Удвоение собирательной системы почек выявлено у 5,4% детей, гидронефротическая трансформация – у 4,2%, пиелэктазия – у 6,3 %, пузырно-мочеточниковый рефлюкс – у 3,3%, нефроптоз – у 4,1%, поликистоз – у 1,2, гипоплазия почек – у 2,4%; уретероцеле – у 0,5%. Аномалии положения почек (тазовые и подвздошно-тазовые дистопии) выявлены у 0,5% пациентов, наличие единственной почки – у 0,6%. После этого все дети с выявленной пато-

логией направляются в детское хирургическое отделение стационара, где им в дальнейшем проводится полное рентгено-урологическое и эндоскопическое обследования.

Таким образом, благодаря высокой информативности, безболезненности, неинвазивности и отсутствию противопоказаний, УЗИ может быть рекомендована для диагностики патологии мочевого выделительной системы в виде скрининга у детей в поликлинике.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ

М.В. Четин, Д.Л. Березовский, Д.В. Волков

Городская клиническая больница № 1 (Перинатальный центр), г. Ульяновск

В нашей больнице в течение 1,5 лет у 56 детей в возрасте 7–15 лет мы использовали методику субэпидурального введения антибиотиков (СЭВА) при осложненных укушенных ранах: мальчиков было 37 (66%), девочек – 19 (34%). Основным показанием для этого было осложненное течение ран различной локализации, преимущественно на конечностях. Комплексное лечение осуществлялось согласно приказу № 297 МЗ РФ «О совершенствовании мероприятий по профилактике бешенства» от 07.10.1997 года. Определяющим для СЭВА была область поражения: при расположении очага на уровне верхнего пояса и грудной клетки до линии сосков у 32 (57%) детей использовался 1 межпальцевой промежуток на верхней конечности. При расположении гнойного очага на нижней конечности и теле до уровня пупка у 24 (43%) детей антибиотик вводили в первом межпальцевом промежутке стопы или в области бугристости большеберцовой кости. Использовалась стандартная методика: введением лидазы (или трипси-на), а затем спустя 5–6 минут введение разовой дозы антибиотика (1 раз в сутки). На начальном этапе использовали пенициллин и полусинтетические пенициллины, затем – антибиотики цефалоспоринового ряда. Реакций и осложнений (общих и местных) не отмечалось. С целью потенцирования действия ан-

тибактериальных препаратов, используемых при СЭВА, применяли вобэнзим в возрастной дозировке в течение 7 дней. Для сравнения использовалась аналогичная группа детей без СЭВА и энзимотерапии. На этапах инфильтрации гнойного процесса достаточно было 1–3 процедур, после чего наступала быстрая локализация воспалительного процесса: в среднем на 3 дня раньше в сравнении с контрольной группой. На этапе нагноения лечение сочетали с другими видами (сульфаниламидные, десенсибилизирующие препараты, физиолечение, гипербарическая оксигенация и др.). В первые сутки наблюдалось значительное снижение боли, ограничение воспалительного процесса. Гнойная рана очищалась от детрита в среднем на 4 дня раньше в сравнении с контрольной группой. При эффективности проводимого лечения отмечалось повышение количества лимфоцитов крови и снижение лейкоцитарного индекса интоксикации уже после первых двух процедур. Сроки полного выздоровления в 1,5 раза превысили сроки в контрольной группе детей (в зависимости от стадии воспалительного процесса).

Таким образом, СЭВА малотравматично, просто в исполнении, не вызывает осложнений и может быть рекомендовано для внедрения в практику лечебных учреждений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Ш.А. Юсупов, Ж.А. Шамсиев, У.Т. Суванкулов, Э.С. Данияров

Самаркандский государственный медицинский институт

Обструктивный гнойный калькулезный пиелонефрит (ОГКП) является одним из грозных осложнений мочекаменной болезни у детей, нередко приводящий к полной потере функции пораженной почки.

В Самаркандском научном центре детской хирургии при ОГКП применяется следующая хирургическая тактика. Оперативное вмешательство заключается в нефротомии, удалении камней и замазкообразных солей из ЧЛС, вскрытие субкапсулярных гнойников, гемостазе, введении многопросветного дренажного катетера в ЧЛС и фиксации. Эффективность функционирования дренажного катетера контролируется путем промывания ЧЛС через дренаж теплым слабо дезинфицирующим раствором перед зашиванием операционной раны. Многопросветный дренаж-

ный катетер при промывании ЧЛС позволяет санировать отлогие места ЧЛС и тем самым способствует быстрейшему выведению гноя, песка из полости почки.

Нами по вышеописанной методике оперировано 61 детей с ОГКП. В возрасте от 1 года до 3 лет было 11 (18%) детей, от 3 до 6 лет – 19 (31%) и от 6 до 14 лет – 31 (51%). Все дети поступали в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с явлениями выраженных нарушений обменных процессов, анемии, угнетения азота выделительной функции почек.

Предоперационная подготовка больных включала в себя комплекс дезинтоксикационной и антибактериальной терапии. Щадящая нефростомия выполнена всем 61 детям с ОГКП в виде частичной и

широкой нефротомии, причем 61 больным с одной и 4 больным с обеих сторон она осуществлялась поэтапно.

В ближайшем послеоперационном периоде проводилась сочетанная интенсивная терапия, которая включала в себя умеренно гиповолемическую гемодилюцию, целенаправленную антибактериальную и иммуномодулирующую терапию. Критерием положительного результата служит улучшение общего состояния больных, нормализация в ближайшие недели после оперативного вмешательства темпера-

туры тела, параметров гомеостаза. В первые дни после операции, наблюдалось восстановление диуреза как естественным путем, так и по дренажу из ЧЛС.

Непосредственный удовлетворительный результат был отмечен у 10 (16,4%) детей. Летальных исходов не было.

Таким образом, предлагаемая нами хирургическая тактика при ОГКП у детей в комбинации с проведением интенсивной терапии дает основание к применению радикального оперативного вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Б.Б. Эргашев

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования

Улучшение диагностики и выбор оптимальной лечебной тактики при мультикистозе почек у новорожденных и грудных детей.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 22 больных с мультикистозом почек, которые при первом обращении были в возрасте до 1 года. В 4 (18,1%) случаях мультикистоз выявлен внутриутробно. Мальчиков было 15 (68,1%), девочек – 7 (31,9%). У всех больных мультикистоз был односторонним.

Кроме общепринятых методов исследования, 16 больным проведено цветное доплеровское картирование (ЦДК) и доплерография (ДГ) на уровне магистральной почечной артерии.

Результаты и их обсуждение

Сонографически мы различаем крупнокистозную и мелкокистозную формы мультикистоза почек. Анализ клинического наблюдения показывает различные проявления этих форм мультикистоза. Крупнокистозная форма (10 больных) рано проявляется симптомом пальпируемой опухоли (у 10 детей), болевым (у 4 детей) и патологическим мочевым (у 3 детей) синдромами. Для мелкокистозной формы мультикистоза (12 больных) характерно бессимптомное течение. В этой группе патологический мочевой синдром отмечен только у 3 больных, и у 9 детей мультикистоз явился случайной находкой при УЗИ.

При ДГ у 10 больных удалось выявить кровоток только на уровне магистральной почечной артерии, а у 3 детей – на уровне магистральной и сегментарных артерий. Скоростные характеристики почечного кровотока на уровне магистральной почечной артерии резко снижены. У 3 детей кровоток в почке был нулевым. Характерным признаком для мультикисто-

за при ЦДК было отсутствие (аваскуляризация) или резкое обеднение (гиповаскуляризация) сосудистого рисунка на поверхности кистозных образований. При наличии крупных кист в мультикистозной почке часто преобладали участки аваскуляризации, а при наличии мелких кист – участки гиповаскуляризации.

Оперативное лечение проведено 13 (59%) больным, консервативное лечение и наблюдение – 9 (41%) детям. В группе детей с крупнокистозной формой мультикистоза после установления диагноза проведена нефроэктомия 9 больным. Родители одного больного с крупнокистозной формой мультикистоза отказались от предложенной операции, и ему проводилась консервативная терапия. У детей с мелкокистозной формой мультикистоза нефроуретерэктомия сделана в 4 случаях. В этой группе 8 детям назначены консервативное лечение и диспансерное наблюдение. В период наблюдения от 1 до 3 лет у 3 больных отмечен полный регресс кист в мультикистозной почке. У остальных детей осложнений не возникло, сонографические показатели у 3 больных оставались стабильными, а у 3 детей (в т. ч. у ребенка с крупнокистозной формой мультикистоза) размеры кист имели тенденции к уменьшению.

Выводы

1. Допплерография почечных сосудов является неинвазивным методом объективной оценки ренального кровотока и повышает качество диагностики мультикистоза почек.

2. Больным с крупнокистозной формой мультикистоза почки показано оперативное лечение после установления диагноза. При мелкокистозной форме необходимы консервативная терапия и диспансерное наблюдение. Нефрэктомия таким больным показана только при наличии осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АНТЕ- И НЕОНАТАЛЬНОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Б.Б. Эргашев

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования

Изучить течение ante- и неонатального гидронефроза в сравнительном аспекте с целью определения оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы

Нами обследованы 125 беременных, у которых в антенатальном периоде во II и III триместрах беремен-

ности при УЗИ был выявлен гидронефроз плода. Для оценки степени тяжести гидронефроза у плода мы использовали классификацию A. Grignon и соавт. (1986).

Результаты и их обсуждение

I степень гидронефроза плода выявлена у 64 (51,2%), II степень – у 28 (22,4%), III степень – у 24