

скопление экссудата, некупированные перитониты, воспалительные инфильтраты брюшной полости. Все дети, у которых возникла клиника острой спаечной кишечной непроходимости, госпитализированы на стационарное лечение, ранее прооперированы по поводу осложненных форм острого аппендицита.

На основании полученных результатов лечения острого аппендицита можно достоверно предполагать, что открытые методы лечения сопровождаются более высокой частотой осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости. Более травматичны, чем лапароскопические методы. При лапароскопии минимальная площадь повреждения брюшины предотвращает развитие спаек в области послеоперационной раны. Снижение контаминации брюшной полости, десерозации кишечника, локальная санация при местных перитонитах, визуальная ревизия брюшной полости, исключающая наличие патологического очага, полностью предотвращают образование спаек. Таким образом, увеличение объема лапароскопических аппендэктомий осложненных и неосложненных форм острого аппендицита, напрямую снижает количество послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. За 5 лет всего выполнено 618 лапароскопических аппендэктомий осложненных и неосложненных форм острого аппендицита, осложнений в виде спаечной кишечной непроходимости после эндоскопических операций не было. Применение лапароскопических аппендэктомий осложненных форм острого аппендицита является новым, эффективным и перспективным методом лечения.

ОПЫТ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ МЕТОДОМ ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИИ

М.Ю. Яницкая, Я.С. Голованов

Северный государственный медицинский университет, Архангельская областная детская клиническая больница, Архангельск, Российская Федерация

Виды консервативного лечения инвагинации кишечника (ИК) достаточно разнообразны. В последние годы появились сообщения о гидростатическом расправлении ИК под ультразвуковым (УЗ) контролем. Ультразвуковое исследование толстой кишки с контрастированием ее просвета жидкостью известно уже с начала 1980-х годов. Мы называем метод "гидроэхоколонография" (ГЭК) по аналогии с общепринятыми названиями в зарубежной литературе: hydrocolonic echography, hydrocolonic sonography.

Целью данной работы явилась оценка эффективности дезинвагинации под УЗ контролем методом ГЭК.

Материал и методы. Мы используем ГЭК для исследования толстой кишки с 1994 года, а с 2005 года - для дезинвагинации. Было проанализировано 33 истории болезни детей с ИК, поступивших в Архангельскую областную детскую клиническую больницу с января 2005 по март 2008 года, которым проводилась дезинвагинация под УЗ контролем методом ГЭК. Возраст детей - от 4 до 44 месяцев. Средний возраст - 18,7 месяцев. Мальчиков 26, девочек 7. Давность заболевания: до 12 часов - 15 (45,5%) детей, с 12 до 24 часов - 10 (30,3%), больше 24 часов - 8 (24,2%). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 15,2 часа. Инвагинация во всех случаях была илеоцекальная. Всем детям лечение начинали с дезинвагинации под УЗ контролем методом ГЭК при отсутствии признаков перитонита и тонкокишечной инвагинации, независимо от давности заболевания и возраста ребенка. Дезинвагинация методом ГЭК проводилась под общим обезболиванием.

Результаты. Из 33 детей, которым была предпринята дезинвагинация под УЗ контролем методом ГЭК, расправление инвагината достигнуто у 31 (93,9%). У 2 (6,1%) детей расправить инвагинат под УЗ контролем не удалось, и была проведена лапароскопическая дезинвагинация. В одном случае через сутки после расправления инвагинации под УЗ контролем произошел рецидив, инвагинат был расправлен лапароскопически. Длительность процедуры от 10 до 40 минут. Осложнений после дезинвагинации под УЗ контролем не было. Через 1 час после наркоза детей начинали поить, через несколько часов - кормить.

Закключение. Метод дезинвагинации кишечника у детей под УЗ контролем методом ГЭК эффективен, неинвазивен, безвреден, технически прост. Расправление инвагината под контролем ультразвука методом ГЭК можно провести в любом помещении, где возможно дать наркоз, используя при этом переносной аппарат УЗИ.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ

О.Б. Адаменко

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк, Российская Федерация

Цель. Поиск единого алгоритма обследования и ведения детей с обструкцией мочеточника.

Высокая эффективность пренатального УЗ скрининга пороков развития мочевыделительной системы порождает множество вопросов о последующем ведении этих пациентов после рождения: о сроках, объеме, частоте диагностических мероприятий и характере лечения. При выявлении нарушений уродинамики в пренатальном периоде «пациент-плод» должен быть консультирован детским урологом с определением дальнейшей тактики ведения беременности и сроков полного урологического обследования после рождения.

Обследовано 1397 детей в возрасте от 1,5 мес. до 17 лет с врожденной обструкцией: гидронефроз - у 460 (32,9%) детей, уретерогидронефроз - у 937 (67,1%). Для определения объема обследования и выбора адекватного метода лечения, начинали с УЗИ. Расширение дренажной системы почки являлось следствием обструкции мочеточника. Измеряли длину, ширину почек, величину поперечного сечения лоханки, для уточнения уровня препятствия осматривали верхнюю и нижнюю треть мочеточника при максимальном наполнении мочевого пузыря, фиксировали толщину паренхимы. При нормальной возрастной толщине паренхимы далее выполняли диуретическую сонографию, которой дифференцировали функциональные нарушения уродинамики от органических и выявляли уровень обструкции. При отсутствии органической обструкции, которая обязательно диагностиро-

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: экстрофия 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 прерывания 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