

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, УЗД может быть рекомендована для диагностики патологии мочевыделительной 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 субэндолимфатического 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 трипсины), 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, гемостаза, 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