

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 мочевого 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 нефрэктомия 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 анте- 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 А. 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

(19,2%), IV степень – у 7 (5,6%) и V степень – у 2 (1,6%) плодов.

В наших наблюдениях необходимости в досрочном родоразрешении и прерывании беременности не возникло; все вопросы решались при совместном участии УЗ-диагноста, акушера-гинеколога и хирурга-неонатолога.

Аntenатальное УЗИ в динамике позволило нам выделить несколько типов течения гидронефроза плода в разные периоды беременности. Так, стабильный гидронефроз, при котором размер лоханки оставался в исходных величинах, выявлен у 49 (80,3%) плодов. Регрессирующее течение гидронефроза отмечено у 2 (3,3%) плодов. В 10 (16,4%) случаях гидронефроз плода, обнаруженный на 28–34-й неделях беременности со II и III степенями тяжести, к концу беременности характеризовался прогрессированием и переходом в IV степень, а в одном случае – в V степень.

В постнатальном периоде обследованы все 64 новорожденных с гидронефрозом (пиелозктазией) I степени. При этом у 32 (50%) новорожденных уже к моменту рождения отмечено спонтанное исчезновение внутриутробной пиелозктазии. Из 61 плода с гидронефрозом II и большей степеней после рождения обследованы 58 новорожденных. Обследования, проведенные в первую неделю их жизни, выявили ста-

бильный характер гидронефроза у 29 (50%), регрессирующий – у 19 (32,7%), и только у 1 (1,8%) отмечено прогрессирование гидронефроза по сравнению с антенатальным периодом. Транзиторный характер гидронефроза к моменту рождения и в первые 8 суток жизни отмечен у 9 (15,5%) новорожденных.

Анализ результатов лечения 49 детей с антенатальным гидронефрозом и 32 детей с пиелозктазией показывает, что необходимость в проведении экстренного оперативного вмешательства в период новорожденности ни у одного ребенка не возникла. При гидронефрозе плода I степени в постнатальном периоде не было проведено оперативное лечение, при II степени гидронефроза плановое хирургическое вмешательство проведено у 2 больных (12,5%), при III степени – у 13 (76,4%), а при IV и V степенях – в 100% случаев.

Таким образом, применение антенатального УЗИ плода у беременных позволяет осуществлять раннюю диагностику гидронефроза до развития его клинических проявлений, способствует своевременному переводу новорожденного в хирургический стационар и целенаправленному урологическому обследованию. Оптимальным сроком радикального оперативного лечения неонатального гидронефроза открытого типа является возраст 3–4 месяца.

ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА У ДЕТЕЙ

М.Ю. Яницкая, Л.В. Проклова, Т.И. Кыркалова, И.Ю. Савенков, И.П. Беляева, И.А. Беркаусова

Архангельская областная детская клиническая больница, Северный государственный медицинский университет г. Архангельск

В детской урологии нередко возникает необходимость нефростомии с целью отведения мочи для разгрузки верхних мочевых путей. Традиционное открытое оперативное вмешательство предполагает значительную инвазию и травмирование тканей. Установка нефростомы под радиологическим контролем несет лучевую нагрузку, что нежелательно в детском возрасте. Альтернативным визуализационным методом контроля может быть ультразвуковое сканирование.

Цель нашего исследования – оценить возможности и эффективность чрескожной пункционной нефростомии у детей под контролем ультразвука.

Проведен ретроспективный анализ выполненных на базе Архангельской областной детской клинической больницы чрескожных пункционных нефростомий под контролем ультразвука с 2001 по 2006 год. Нефростомии выполнялись специалистами ультразвуковой диагностики совместно с урологами. Местами проведения операции являлись: операционная, кабинет ультразвуковой диагностики (который оборудован как малая операционная с возможностью дачи наркоза), кювет в реанимационном отделении (при нетранспортабельности новорожденного). Использовались аппараты ультразвуковой диагностики Aloca SSD – 1700, Aloca SSD – 500. Аппараты снабжены датчиками от 3,5 до 10 МГц.

Всего за 6 лет было проведено 24 чрескожных пункционных нефростомий у 16 детей в возрасте от

3 дней до 15 лет. Поводом к нефростомии послужили врожденный гидронефроз – у 10, обструктивный мегауретер – у 4, гидронефротическая трансформация после разрыва почки – у 2 пациентов. Показанием к нефростомии являлась необходимость экстренной разгрузки почки в связи с резким снижением ее функции на фоне выраженной обструкции.

Для проведения нефростомии мы применили следующие методики.

1. Использование пункционного адаптера.

2. Оперативное вмешательство методом свободной руки, когда направление иглы контролируется ультразвуковым полипозиционным сканированием.

Осложнений после проведенных нефростомий не было. Во всех случаях нефростома была установлена в полость лоханки. У 5 пациентов потребовалось повторное проведение нефростомии вследствие неудовлетворительного функционирования нефростомы в процессе динамического наблюдения.

Таким образом, чрескожная пункционная нефростомия под контролем ультразвука – щадящая процедура, позволяющая с минимальной инвазией дренировать почку, контролировать стояние нефростомы, корригировать ее положение.

Существенным преимуществом применения ультразвука как метода визуализации является отсутствие лучевой нагрузки, возможность динамического контроля стояния нефростомы, ее функциональной эффективности.