

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