

(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 (пиелюэктазией) I степени. При этом у 32 (50%) новорожденных уже к моменту рождения отмечено спонтанное исчезновение внутриутробной пиелюэктазии. 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 пиелюэктазией 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.