

ребёнка, уменьшении явлений интоксикации и дыхательной недостаточности, увеличении экскурсии грудной клетки, улучшении аускультативной картины дыхания. Результаты лечения благодаря видеоторакоскопическим операциям улучшились, а сроки госпитализации сократились. Дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 15-й, 17-й, 18-й, 22-й и 24-й дни после операции.

Выводы:

1. Торакоскопическая операция - это современный подход в лечении легочно-плевральных форм БДЛ.

2. Преимущество торакоскопической санации - хорошая визуализация плевральной полости, эффективность и малотравматичность, снижение степени и длительности интоксикации.

3. Ранняя санация плевральной полости является профилактикой развития хронической эмпиемы плевры и сокращает сроки лечения детей с БДЛ.

Список литературы:

1. Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Бревдо Ю.Ф. и др. Видеоторакоскопия в лечении деструктивной пневмонии у детей. // Материалы девятого Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва, 2010 г.. с.410-411.

2. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей.// Москва, издательский дом «Геотар-мед», 2002.-с.261-268.

РЕАЛИЗАЦИЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО ГИДРОНЕФРОЗА: ХИРУРГИЯ ИЛИ ТЕРАПИЯ?

**Кисель Р.Р. – врач-уролог; Тюлькина Ж.П. – врач-педиатр;
Мацкевич Б.И – д.м.н., профессор; Шейбак В.М.- к.м.н., доцент**

УЗ «Гродненская городская центральная поликлиника»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Республика Беларусь

In the article results of investigation of antenatal diagnostic of dilatation of renal pelvis and calices are presented. Dynamics of development of antenatal hydronephroses, the clinical data, the laboratory researches, ultrasonic research are traced. Results of supervision and treatment of children with the given pathology are described.

Key words: hydronephros, children, diagnostic, treatment

Введение. Аномалии развития почек и мочевых путей встречаются у 10% населения. В некоторых случаях они не имеют клинического значения и могут выявляться при скрининговом обследовании, в других

представляют опасность для здоровья. У 45% детей их считают причиной хронической почечной недостаточности; нередко они имеют наследственный характер и сочетаются с аномалиями других органов. Поэтому важна ранняя диагностика данного порока и адекватное ведение детей с выявленной аномалией. Среди аномалий мочевыделительной системы особое место занимают пиелюктазии, которые рассматривают как результат функциональных или органических изменений пиелоретрального сегмента. По литературным данным, пиелюктазии у новорожденных встречается, по данным УЗИ, в 18 %, а у новорожденных с нефропатией в 90%. Причинами развития пиелюктазий может быть осложненное течение антенатального периода, ишемия, незрелость почек, применение нефротоксичных антибиотиков. В раннем неонатальном периоде пиелюктазии можно рассматривать как пограничное состояние, потому, что они являются проявлением морфофункциональной незрелости почек. Однако при определенных условиях пиелюктазии могут приобретать патологические черты, что требует постоянного динамического контроля за ребенком, компетентной оценки эволюции таких признаков как отеки, размеры почек, нарушение диуреза, наличия и степени выраженности мочевого синдрома.

Материалы и методы исследований. Изучены амбулаторные карты детей, эпикризы новорождённого, фетальный паспорт, проведено исследование мочи, ультразвуковое исследование почек в динамике. В 2007 году по ДП №2 г. Гродно впервые зарегистрировано пороков развития у детей – 31 человек, из них пороков мочеполовой системы – 10 пациентов. В 2008 году впервые зарегистрировано 30 детей с врождёнными пороками развития. Из них с пороками мочеполовой системы 16 человек. В 2009 году впервые зарегистрировано 44 ребёнка с врождёнными пороками развития, из них с пороками мочеполовой системы 18 человек. Проведен анализ данных амбулаторных карт ребёнка, эпикризов новорождённого у 40 детей 2007-2009 года рождения, у которых выявлены пиелюктазия или гидронефроз внутриутробно или постнатально, из них мальчиков – 29, девочек – 11. По данным фетального паспорта, внутриутробно расширение чашечно-лоханочной системы отмечалось у 35 плодов. Размеры лоханки были: до 6 мм в 7-ми случаях, 7-10 мм у 24 плодов, 11-15 мм у 2-х, 16-18 мм у 1-го плода, более 20 мм у одного плода. При выписке из роддома диагноз пиелюктазии выставлен 19 детям (мальчиков-14, девочек-5); из них односторонняя – 11 пациентам (справа-6, слева-5), а двусторонняя 8 пациентам. Диагноз гидронефроза выставлен 21 ребёнку, из них мальчиков 14, девочек 7. Одностороннее поражение почки у 13 человек, двухстороннее у 8, гидронефроз I степени – 15, гидронефроз II степени- 6. Имели сопутствующую патологию во время беременности и родов все матери наблюдаемых детей. Из них: резус- отрицательный фактор у матери и резус-положительный у плода, угроза прерывания беременности – 3, обострение хронического пиелонефрита у матери – 3, экстрагенитальная патология у матери – 15, хла-

мидиоз у матери 2, перенесённые во время беременности простудные заболевания – 14, инфекция мочевыводящих путей у матери в анамнезе – 4, - анемия беременной – 5, кесарево сечение – 5. Сопутствующую патологию в период новорожденности имели – 36 детей, в т.ч. синдром внутриутробного инфицирования – 25 пациентов, неврологическая патология – 9, недоношенные – 2 (родились в сроке 29 и 34 недели), крупный плод – 5, анемия – 2, гипербилирубинемия – 8, сочетанную патологию имели 29 детей, не имели сопутствующей патологии – 4 ребёнка.

Результаты. Наблюдение урологом за детьми велось в течение 1-3х лет: из них 6 месяцев наблюдались 5 чел, 1 год наблюдались 18 пациентов, 1,5 года наблюдались 6, 2 года наблюдались 6 детей, 3 года 5 человек. Амбулаторно проводилось обследование: УЗИ почек и анализы мочи в 1, 6, 12, 18, 24, 30, 36 месяцев. Имели нормальные анализы мочи 22 человека (55 %), имели изменения в анализах мочи – 18 (45 %); в т.ч. кристаллурию – 15 пациентов, из них в одном анализе мочи – 9, в 2-3 анализах мочи – 6; оксалурия отмечалась у 12, фосфатурия у 1, оксалурия + фосфатурия у 2, лейкоцитурия у 3-х детей. 31 пациенту назначался канефрон в дозе 10 капель 3 раза в день внутрь 20 дней (дети до года) и по 15 капель 3 раза в день внутрь 20 дней дети старше года. Один курс получили 12 человек, 2 курса получили 12, 3 курса получили 7 пациентов. Не получали канефрон – 5 детей. Диагноз пиелозктазии был снят в связи с выздоровлением: 9 детям в 6 месяцев, 6 в 12 месяцев, 1 ребенок в 1,5 года, 1 ребенок в 2 года. Двое детей, у которых отмечалась двусторонняя пиелозктазия и имелась сопутствующая патология во время беременности у матери (возрастная первородящая кесарево сечение - одна, хронический пиелонефрит – вторая); и в период новорожденности имели синдром внутриутробного инфицирования - были направлены в стационар на обследование в связи с увеличением размеров лоханок в 1,5 года; им был выставлен диагноз гидронефроз 1-2 степени. Из 21 ребенка с диагнозом гидронефроз сняты с наблюдения после восстановления размеров лоханок-14 человек (8 мальчиков, 6 девочек). Из них в возрасте 6 месяцев-2, 12 месяцев -4, 18 месяцев-1, в 2 года – 6, в три года -1 ребенок. Продолжают наблюдаться 7 детей (6 мальчиков, 1 девочка). Из них 1 мальчик прооперирован в возрасте 2-х лет.

Выводы:

1. Дети с выявленной внутриутробно и в роддоме патологией почек, в частности, с расширением чашечно-лоханочной системы, нуждаются в наблюдении уролога и педиатра, контрольном УЗИ почек и анализах мочи в плановом порядке с интервалом через 6 месяцев, а также контроле анализов мочи при простудных заболеваниях – для исключения пиелонефрита.

2. Рекомендован прием канефрона по 2-3 курса за год при наличии кристаллурии.

3. При гидронефрозе I степени и пиелозктазии у детей после 12 месяцев при стабилизации или положительной динамике на УЗИ почек и

нормальных анализах мочи – срок наблюдения может быть продлён до 2-х лет.

4. При гидронефрозе II–III степени при отрицательной динамике на УЗИ почек, при рецидивирующей лейкоцитурии рекомендуется обследование в стационаре с 3-6 мес. жизни для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

5. При стойком расширении лоханки показано урологическое обследование (внутривенная урография, функциональные методы), в зависимости от их результатов определяется дальнейшая тактика – пиелостомия, радикальное лечение, или дальнейшее наблюдение.

Список литературы:

1. Панова Л.Д., Ахметшин Р.З., Хасанов Р.М., Исмагилова А.Р. Пиелозктазии новорожденных детей. // Материалы конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва 19-22 октября 2010 г., с. 261.

2. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б. и др. Реализация антенатального гидронефроза // Материалы конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Москва 21-23 октября 2008 г., с. 441-442.

3. Педиатрия (под редакцией Р.Е. Бергмана, В.К. Вогана) книга 5. Москва, «Медицина», 1988, 511 с.

4. Хлебовец Н.И., Парамонова Н.С. Клиника и диагностика заболеваний мочевой системы у детей. Гродно. ГрГМУ, 2009, 128 с.

ПОСЛЕОЖГОВЫЕ РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шейбак В.М.- к.м.н., доцент, **В.М.**, **Ковальчук В.И.** - д.м.н., доцент

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь*

In this article presents results treatment cicatricial stricture of esophagus in childrens.

Key words: cicatricial stricture, esophagus, treatment.

Введение. В настоящее время проблема лечения детей с химическими ожогами пищевода стоит достаточно остро. Постоянно в течение года в больницу обращаются родители с детьми, которые по ошибке выпили различные жидкости, применяемые в быту. Предприятия, производящие данные средства бытовой химии, стараются упаковать их в красочную оболочку и придать приятный запах. У ребенка возникает соблазн выпить этот «напиток». Часто у доктора возникает проблема определить качественный состав этой жидкости, чтобы в дальнейшем