

2. При дилатации лоханки более 30 мм, толщина паренхимы менее 5 мм – срочное родоразрешение в условиях перинатального центра, УЗИ МВС на 4-5 сутки, выполнение экстренной деривации мочи (пункционной пиелостомии).

Внедрен и выполняется стандарт полного урологического обследования ребенка: УЗИ почек и почечных сосудов, фармакосонаграфия, микционная цистография, экскреторная урография, динамическая реносцинтиграфия, МРТ.

Результаты и обсуждение. ВГ выявлен: в 107 (68,2%) случаях антенатально в различные сроки беременности, у 12 (7,6%) детей – сразу после рождения, у 32 (20,4%) при скрининге в возрасте 1-3 месяца, у 6 (3,8%) детей при воспалительных изменениях в ОАМ. Превалирует ВГ левосторонней (n-89, 56,7%) и правосторонней (n-63, 40,1%) локализации. Операцией выбора при ВГ избрана пиелоуретеропластика по Хайнесу-Андерсену-Кучеру (n-135, 86%) в модификации с внутренним стентированием, что профилактирует стенозирование зоны анастомоза и является элементом деривации мочи. Через 1,5 - 2 месяца цистоскопическим путем стент удаляется.

Возрастная структура оперированных детей следующая: до 1 месяца жизни – 21 (15,6%) ребенок, 8 больным потребовалось выполнение пункционных пиелостом; в возрасте 1-3 месяцев – 49 (36,3%) больных; старше 3 месяцев – 65 (48,1%) детей. Эффективность оценивали в зависимости от анатомо-функционального состояния оперированной почки: хороший результат (n-38, 28,1%) – сокращение дилатации ЧЛС, улучшение секреторно-экскреторной функции, показателей доплерографии сосудистой системы почки, отсутствие мочевого синдрома; удовлетворительный результат (n-78, 57,8%) – незначительное сокращение ЧЛС, сохранение легкого нарушения экскреторно-секреторной функции почки. У 12 (8,9%) детей отмечалась отрицательная динамика за счет сохранения обструкции ПУС, что потребовало проведения повторной хирургической коррекции гидронефроза.

Таким образом, ближайшие и отдаленные результаты послеоперационного периода свидетельствуют об эффективности реконструкции пиелоуретерального сегмента при врожденном гидронефрозе у детей.

Великанов А.В.,
Цап Н.А.,
Комарова С.Ю. **РАЗРАБОТКА ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ**
ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, ГБУЗ СО
Областная детская клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Частота встречаемости ущемленной паховой грыжи (УПГ) у детей достигает 1–3% в популяции малышей, среди них 35% больных в возрасте до 6 месяцев жизни. У недоношенных детей заболеваемость в 1,5-2 раза выше. У мальчиков регистрируют УПГ в 6 раз чаще, что связано с процессом миграции яичка в мошонку, поэтому паховые грыжи (ПГ) в 3 раза чаще встречаются справа. Основное грозное осложнение паховых грыж – ущемление, предугадать сроки которого невозможно, поэтому выжидательная тактика при паховой грыже у детей является ошибочной.

Цель работы – разработать лечебно-тактический алгоритм при ущемленных паховых грыжах у детей.

Пациенты и методы. Клинический материал оценен за период 1999-2011 гг., по критерию включения – наличие УПГ – составил 954 ребенка, среди них мальчиков 877 (91,9%), девочек 77 (8,1%), средний возраст $16 \pm 2,2$ месяцев. Длительность ущемления до момента обращения в клинику составила от 1 часа до 52 часов ($6,5 \pm 0,9$ часа), у 172 (18%) детей эпизоды ущемления более 3 раз. Клиническая картина УПГ была типичная: наличие болезненного опухолевидного образования в паховой, пахово-мошоночной области, в 98% наблюдений в первые часы ущемления грыжи отмечалось беспокойство ребенка. У детей до 1 года в 52% случаев были выражены диспептические расстройства (рвота, вздутие живота), у детей старшего возраста в 16% случаев.

Результаты и обсуждение. Количественная линия тренда УПГ за 12-летний период имеет тенденцию к росту: 45 детей в 1999 году, точка максимума возросла в 3 раза в 2009 году – 128 детей, что обусловлено ростом рождаемости, в т.ч. недоношенных детей. Варианты лечебной тактики базируются на кратности, сроках ущемления, наличия сопутствующей патологии:

1. срок ущемления ПГ до 12 часов, наличие сопутствующей патологии (ОРВИ, кишечная инфекция, крайняя степень недоношенности, рецидивы бронхо-легочной патологии) – выбор консервативной тактики: обезболивание, седация, введение спазмолитиков способствуют самовправлению или ненасильственному ручному вправлению содержимого грыжевого мешка в брюшную полость. Эффективность консервативной манипуляции достигает 97,1% случаев (926 детей).

Дальнейшая тактика предусматривает плановое грыжесечение после излечения соматической патологии.

2. срок ущемления ПГ более 12 часов, независимо от наличия сопутствующей патологии – экстренная операция грыжесечения, выполнена 18 (1,9%) детям со средним сроком ущемления $18 \pm 2,1$ часов, а также 10 (1,05%) детям в связи с неэффективностью консервативного разущемления.

3. при многократных эпизодах УПГ в анамнезе и отсутствии острого инфекционного процесса после успешного разущемления ПГ дети подлежат госпитализации для проведения оперативного вмешательства в отсроченном порядке. Результативность внедренного в практику лечебно-тактического алгоритма при УПГ высока – количество отсроченных оперативных вмешательств в «безопасный» для малыша период возросло в 4 раза.

Осложнений экстренного и отсроченного грыжесечений при УПГ не было. Динамическое наблюдение в течение 1 года послеоперационного периода показало выздоровление детей.

Выводы. Своевременная диагностика и ранняя санация ПГ у детей младшей возрастной группы позволяет снизить количество ущемленных паховых грыж в структуре экстренной хирургической патологии детского возраста. Разработанный лечебно-тактический алгоритм при УПГ у детей позволяет дифференцированно избрать консервативную терапию, экстренное или отсроченное оперативное вмешательство, и улучшить результаты лечения.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ С ЭТАМЗИЛАТОМ НАТРИЯ, РАДИОЧАСТОТНОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ. МОРФОЛОГИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ

Дёгтев М.В.,
Кожевников Е.В.,
Михельсон И.В.,
Иванова Ю.А.

Алтайский государственный медицинский университет
г. Барнаул, Россия

Рецидивы вирусных бородавок после хирургического удаления развиваются часто, поэтому и при лечении жидким азотом возникает необходимость проведения повторных циклов криодеструкции. Материалы; представлены результаты лечения 90 больных с гиперкератозами наблюдавшихся в двух группах 43 (47,7%) мальчика и 47 (52,2%) девочек в возрасте от 3-х до 16 лет. Из них 42 (46,6%) больных имели подошвенные бородавки, 27 (30%) пациентов вульгарные гиперкератозы и 21 (23,3%) плоские. У 46 больных (42,2%) применен метод криогенного лечения – группа сравнения, 44 (40,3%) ребенка пролечены радиочастотной коагуляцией в комбинации с криогенным методом – основная группа и 19 детей (17,4%) криодеструкцией с предварительным введением 12,5% раствора этамзилата натрия. Метод: гиперкератозы инфильтрировались в основание с помощью инсулинового шприца 12,5% раствором этамзилата натрия 1 мл, и через полчаса проводилась криодеструкция. Иссечённая кожа из очагов поражения и деструкции фиксировались в 10% нейтральном растворе формальдегида. Полученный материал подвергся стандартной гистологической обработке и окраске срезов гематоксилином эозином. Результаты: изменения кожи после криодеструкции характеризовались коагуляционным некрозом с гомогенизацией и белковым пропитыванием тканей, с явными сосудистыми расстройствами в виде полнокровия сосудов, стазов и тромбозов. К моменту заживления раны в отличие от радиочастотной коагуляции появлялась менее слабая инфильтрация, заживление происходило под струпом. После радиочастотной коагуляции изменения носили «локальный» характер, с наличием множества «микрополостей» – вакуолей в местах нагрева ткани кожи, из-за свёртывания белковых веществ и «вскипания» жидкости. Сосудистых расстройств, при этом виде воздействия не отмечали, зато с первых дней, была видна отчётливая, лейкоцитарная инфильтрация, которая увеличивалась по мере заживления. При сочетании радиочастотной коагуляции и следом проведённой криодеструкции, обнаруживали меньшую мононуклеарную ограничивающую инфильтрацию глубоких слоёв дермы в сравнении с радиочастотной коагуляцией. Выявляли уже описанные особенности каждого воздействия наряду с продолжительным сохранением очагов мукоидного пропитывания стромы дермы с гипорегенерацией эпителия и сосудистыми нарушениями. Использование 12,5% раствора этамзилата натрия позволяло усилить разрушающее действие криодеструкции, микроскопически обнаруживали, что в сосудистом русле в приносящем и выносящем звене возникали выраженные стазы и тромбозы с микрогематомами (Способ лечения бородавок и гемангиом 2336829 C1 РФ RU от 27.10.2008). Кровоостанавливающее действие этамзилата натрия по современным представлениям о механизме криодеструкции на практике, способствовало более «лёгкому» возникновению стазов, тромбозов и выпадению фибрина в сосудистом русле, а как следствие усилению гибели патологической ткани. Для заживления на обширные раневые поверхности более одного сантиметра накладывали аргосульфан