

ангиографию микроциркуляцию оценивали по лазерной доплерофлуометрии (ЛДФ).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты лечения прослежены в сроки от 1 года до 5 лет. Курсы лечения проводились 2 раза в год.

При изучении параметров микроциркуляции при поступлении и на 10 сутки говорит о достоверном улучшении под влиянием ОТ изучаемых показателей: индекс эффективности микроциркуляции, показателя микроциркуляции в сравнении со значениями при поступлении.

У 70 % пациентов наблюдался регресс симптоматики (зябкость и похолодание нижних конечностей, уменьшение судорог). При изучении дистанции безболевой ходьбы у 40% пациентов имелось ее увеличение.

Таким образом, под влиянием Озонотерапии наблюдается достоверное улучшение микроциркуляции, что благоприятно сказывается на течение хронических облитерирующих заболеваний. Субъективные и объективные критерии свидетельствуют о том, что наиболее благоприятные результаты получены у больных с облитерирующим атеросклерозом. При ОА, ввиду особенностей их патогенеза и поражения преимущественно микроциркуляторного русла эффективность значительно ниже.

Выводы

Комплексный подход к лечению с использованием озонотерапии при ХОЗАНК является эффективным и позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Бокерия Л.А. Заболевания артерий нижних конечностей / Л.А. Бокерия, В.С. Аракелян А.В. Троицкий, А.В. Чупин // Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения РФ. – 2016 – С. 36-48.
2. Кательницкий И.И., Современные подходы к комплексному лечению больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. / Божко А.В // Современные проблемы науки и образования. – 2016 – № 3
3. Кошкин В.М. Консервативная терапия у больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей./ Сергеева Н.А., Кузнецов М.Р., Наставшева О.Д // Медицинский совет. - 2015 - № 8 – С.
4. Мекшина Л.А. Озонотерапия при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей./ Усынин А.Ф., Столяров В.В., Гаврилюк И. В.// Уральский медицинский журнал. – 2012 - № 9 (101). – С. 102-105
5. Покровский А. В. Клиническая ангиология. Практическое руководство в 2-х томах. – А.В. Покровский – М.; 2004 1700С.

УДК 616.613-007.63.

Чудинова Е.А., Мельникова С.А., Швалев Ф.М.
ГИДРОНЕФРОЗ У ДЕТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Кафедра детской хирургии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Chudinova E.A., Melnikova S.A., Shvaley F.M.
HYDRONEPHROSIS IN THE NEONATAL PERIOD OF CHILDREN

Department of pediatric surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: katerina.tchudinova.97@mail.ru

Аннотация. В данной статье проведено исследование доношенных и недоношенных новорожденных детей с диагнозом гидронефроз, рожденных в период с 2015 по 2018 годы, находившихся на лечении в ОДКБ г.Екатеринбург. Оценке подвергались: пол, срок антенатальной диагностики и родоразрешения, сроки поступления в стационар для проведения обследования, вид дренирования при пиелопластике, а также наличие осложнений.

Annotation. In this article we carried the research full-term and preterm newborn infants with diagnosis hydronephrosis born in the period from 2015 to 2018 under observation in clinic ODKB, Ekaterinburg. We took into consideration the evaluation such criteria as sex, period of antenatal diagnosis and delivery, term of admission to the hospital, type of drainage in pyeloplasty, complications.

Ключевые слова: гидронефроз, новорожденные, пиелопластика.

Key words: hydronephrosis, newborn infants, pyeloplasty.

Введение

Гидронефроз (гидронефротическая трансформация) — стойкое и прогрессивно нарастающее расширение чашечно-лоханочной системы, сопровождающееся нарушением уродинамики, которое обусловлено обструкцией, возникшей вследствие органического или функционального (при нарушении иннервации) поражения стенки верхних мочевых путей [2]. В свою очередь дилатация полостной системы почки приводит к компрессии почечной паренхимы, влекущее за собой атрофию, нефросклероз и, как следствие — проявление хронической болезни почек. Также повышается риск развития вторичного хронического пиелонефрита [2,4].

Частота встречаемости врожденного гидронефроза по данным литературы составляет 1:500 – 1:800 новорожденных [2,3,4].

Причинами гидронефроза могут быть: стенозирование участка мочеточника в лоханочно-мочеточниковом сегменте, аберрантные пересекающиеся сосуды, фиброзные спайки, приводящие к деформации пиелоуретерального сегмента мочеточника нормального калибра, патология почек: подковообразная почка, удвоение почки [4].

В течение пренатального периода, одним из эффективных и наиболее доступных скрининговых методов является УЗИ плода.[4] Согласно приказу Минздрава России от 28.12.2000 N 457 "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей" трехкратное обязательное скрининговое УЗИ проводится в декларируемые сроки: с 10—14 нед. беременности, на 20—24-й нед. — срок, наиболее значимый для выявления пороков развития плода и маркеров хромосомных болезней, с 32—34 нед. — выявление пороков развития с поздним проявлением [1,5].

Основным критерием диагностики Society for Fetal Urology (SFU) является переднезадний размер лоханки. ПЗР 12 мм (норма ПЗР = 5 - 7 мм) при рождении должен рассматриваться как отклонение от нормы. При нарастании степени дилатации (ПЗР > 15 мм) и/или снижения функции почки требуется хирургическое лечение. “Золотым стандартом” оперативного лечения гидронефроза является пластика пиелoureтерального сегмента по Хайнсу-Андерсену [3].

Цель исследования – оценка частоты встречаемости гидронефроза у детей в неонатальном периоде в зависимости от пола, срока антенатальной диагностики, а также определение частоты использования внутреннего и наружного дренирования и наличия осложнений при пиелопластике.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ новорожденных с врожденным гидронефрозом в периоде с 2015-2018 год на базе отделения хирургии новорожденных ГАУЗ СО ОДКБ г. Екатеринбург. Анализ полученных данных проводился с помощью статистического метода исследования.

Из всех пороков развития на долю аномалий мочевыделительной системы за данный период приходилось 40%. Из числа всех госпитализированных на основании рентгеноурологического обследования у 21% пациентов показаний к операции не было в виду степени дилатации (ПЗР < 10 мм). Данная категория пациентов была выписана на амбулаторный этап наблюдения специалистами по месту жительства, также им была назначена физиотерапия (амплипульс, озокерит). Прооперировано было 79% новорожденных с диагнозом: врожденный гидронефроз.

Результаты исследования и их обсуждения

Группа прооперированных (n= 90 новорожденных) по полу включала 74% мальчиков (n=67 новорожденных), на долю девочек приходилось 26% (n=23 новорожденных). Из них в 84% случаях (n=75) был диагностирован односторонний гидронефроз, из них: слева — 67% случаев (n=50), справа - 33% (n=25), на долю двухстороннего гидронефроза приходилось 11% (n=10), гидронефроз при аномалиях почки (подковообразная, удвоенная почка) составил 5% (n=5).

Гидронефроз у плода в 55% (n=46) случаях диагностировался на третьем скрининговом УЗИ (с 30 недели гестации). На втором скрининговом УЗИ в 45%

(n=37). У 8% (n=7) детей на скрининге ничего не выявили (по данным анамнеза из истории болезни).

Все пациенты были оперированы в постнатальном периоде. При открытой пиелопластике у данной категории больных в 82% случаев использовалось внутреннее дренирование, наружное 18% больных. Послеоперационные осложнения (мочевой затек, гематома забрюшинного пространства, миграция стента) встречались в 7% случаев при открытой пиелопластике и внутреннем дренировании почки.

Причиной гидронефроза являлось сужение сегмента мочеточника 92% (n=83), в 8% (n=7) – эмбриональные спайки и коленообразная деформация мочеточника.

Выводы:

1. Установлено, что часто среди пороков развития МВС наиболее часто развивается левосторонний гидронефроз.

2. Пол ребенка является неблагоприятным прогностическим критерием (по соотношению девочек < мальчиков).

3. Эффективность антенатальной диагностики гидронефроза повышается на третьем скрининге УЗИ.

4. Самой частой причиной гидронефроза у 92% больных является сужение пиелoureтерального сегмента мочеточника.

Список литературы:

1. Адаменко О.Б. Пренатальная диагностика нарушений уродинамики // О.Б. Адаменко, К. К. Федоров, З. А. Халепа // Детская хирургия – 2013. – №3 – с. 11-15.

2. Российские клинические рекомендации «Урология» / Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. // Москва. — 2017. — с. 61-75.

3. М. В. Левитская. Модель оказания урологической помощи новорожденным и детям раннего возраста / Л. Б. Меновщикова, О. Г. Мокрушина, Е. В. Юдина // Вестник современной клинической медицины Т.6. – 2013. – №6 – с. 40 - 44.

4. Клинические рекомендации по детской урологии-андрологии // Издательский дом «УроМедиа» // Москва. – 2015. – с. 9-21.

5. Приказ Минздрава России от 28.12.2000 N 457 "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей" [электронный ресурс] // URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 15.03.2019).

УДК 616.728.3-007.29-053.2-089.22(048.8)

**Шмельков А.В., Котельников Г.П., Рыжов П.В., Зуев-Ратников С.Д.
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО
СУСТАВА У ДЕТЕЙ**