

щих путей (лейкоцитурией, болевым синдромом, дисурическими расстройствами) и дети с заболеваниями органов пищеварения. Большая часть патологии, выявленная при УЗИ, является диагностической находкой. Для уточнения диагноза и оценки функционального состояния почек применяются также рентгеноурологическое обследование, реносцинтиграфия и динамическая реносцинтиграфия.

Дети с единственной почкой находятся на диспансерном наблюдении в урологическом кабинете поликлиники ДГКМБ № 9, что позволяет, при необходимости, провести рентгеноурологическое обследование и лечение в нефрологическом отделении. Хирургическая коррекция урологических больных проводится в плановом хирургическом отделении ДГКМБ № 9.

Дети с единственной почкой после нефрэктомии нуждаются в длительном наблюдении и восстановительном лечении. Коллотеральная почка претерпевает большие функциональные нагрузки, нередко инфицируется.

При агенезии почки, единственная почка находится в состоянии рабочей гипертрофии. В этом случае состояние уродинамики страдает меньше и реже развивается вторичное инфицирование. У 20 % детей с агенезией почки выявляются сопутствующие заболевания мочевой системы в виде дизметаболической нефропатии, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, вторичного пиелонефрита.

Вторичный пиелонефрит у детей, родившихся с единственной почкой, протекает в более легкой форме без развития почечной недостаточности, чем у прооперированных детей.

Лечение, проводимое больным детьми с единственной почкой, является комплексным и включает лечебное питание, витаминно- и фитотерапию, антибактериальную терапию, физиолечение, обязательное проведение симптоматического лечения и санации очагов хронической инфекции, иммунотерапию.

Ранняя диагностика, своевременно начатое лечение, длительное наблюдение и реабилитация детей с единственной почкой позволяют снизить процент инвалидности и получить хорошие результаты лечения.

ОБ ОПЫТЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БЛИЗОРУКОСТИ В ГЛАЗНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГДМБ № 9

Токаренко Н.Т., Клемперт И.А.

Прогрессирующая близорукость является наиболее частой причиной понижения зрения детей и подростков, а также приводит к инвалидности и ограничению профессионального выбора.

В последние годы, наряду с консервативными методами лечения, широкое распространение получили склеропластические операции. Суть операции состоит в укреплении ослабленной склеры миопического глаза биологическим или синтетическим трансплантатом и создании тем самым дополнительного «каркаса» для глаза пациента. Одновременно с этим происходит улучшение кровоснабжения склеры за счет асептического воспаления и формирование новой соединительной ткани, богатой сосудами, улучшение обменных процессов в склере (эффект тканевой терапии). Предложено множество вариантов этой операции, которые отличаются формой укрепляющего материала, способом заведения его за глаз.

Наш опыт проведения склеропластики основывается почти на 10 тысячах операций в течение 10 лет. Были использованы упрощенные методики Снайдера-Томпсона, Пивоварова, укрепление склеры окончатým АТ и ретросклеропломбирование (РСП).

Выбор метода операции определялся, в основном, стадией и степенью близорукости, скоростью ее прогрессирования, выраженностью изменений глазного дна, характерных для близорукости, а также исходя из возраста ребенка и его наследственной отягощенности.

Так, при приобретенной миопии любой степени и стадии со скоростью прогрессирования 1,0 Д в год выполнялась операция по упрощенной методике Снайдер-Томпсона (трансплантат подводится под нижнюю косую и прямые мышцы, кроме внутренней, но концы его к склере не фиксируются, а остаются свободно лежать под мышцами, что позволяет ограничиться только 2-мя разрезами конъюнктивы – в верхне- и нижне-наружном квадрантах).

При приобретенной близорукости также любой степени и стадии, но прогрессирующей очень быстро – более 1,0 Д в год – проводилась операция укрепления склеры окончатým АТ по методике Уфимского института пластической офтальмохирургии.

При приобретенной медленно прогрессирующей (до 1,0 Д в год) начальной и развитой (длина переднезадней оси глаза до 27 мм) миопии I-II степени (по зрению) делалось ретросклеропломбирование (с добавлением тауфона или ксантинола никотината).

При приобретенной медленно прогрессирующей далеко зашедшей (длина оси 27 мм) миопии III степени, а также при всех видах врожденной миопии выполнялась операция по упрощенной методике Пивоварова (без подшивания трансплантатов к эписклере).

Все операции выполнялись разномоментно на 2 глазах с интервалом между операциями по 1-7 дней. Возраст оперированных детей колебался от 2,5 до 15 лет. Основную группу составляли дети 10-12 лет, что соответствует обычно началу развития и прогрессирования так называемой «школьной» близорукости.

Все операции проводились под внутривенным калипсоловым (кетаминным) наркозом за исключением РСПу у детей старше 10-ти лет, которой

выполнялось с использованием инстилляций S.Dicaini 0.5%. Послеоперационный период протекал гладко, лишь в единичных случаях на 1-2 сутки после операции наблюдались отек век, хемоз и легкий экзофтальм, которые купировались в течение 2-3 дней назначением антигистаминных препаратов per os и кортикостероидов (преднизолон, дексаметазон) в каплях. К 5-7 дню наступало полное клиническое успокоение глаза.

Узелковые швы с конъюнктивы (2 при склеропластике по Снайдер-Томпсону и 4 при методике Пивоварова), как правило, отходят сами, или их снимают на 7-10 сутки. При укреплении склеры окончатый АТ накладывался непрерывный бишов в нижне-наружном квадранте, который рассасывается в течение 2 недель. При РСП швы не накладываются.

Проведенный анализ отдаленных результатов показал, что в 90% случаев наблюдалась полная стабилизация процесса; в 5% - миопия прогрессировала, но более медленными темпами, и только в оставшихся 5% случаев прогрессирование продолжалось с той же скоростью.

В этой последней группе детей была произведена повторная операция, вид которой определялся в зависимости от первоначального вмешательства: после РСП – любая склеропластика (выбираемая по тем же критериям), после предшествующей склеропластики – РСП. Как правило, повторным оперативным вмешательством удавалось добиться стабилизации процесса. При этом течение послеоперационного периода не отличалось от такового при первой операции.

Таким образом, достаточно высокая эффективность, простота исполнения и безопасность представленных методов склеропластических операций позволяет рекомендовать их для использования в широкой клинической практике.

Вместе с тем в № 3 «Офтальмологического журнала» 1997 г., в разделе «Дискуссия» опубликована статья проф. Ферфильдфайн, в которой подвергаются сомнению эффективность склеропластических операций и показаний к ним. Так, автор считает теоретически обоснованным проведение склеропластики только при том виде прогрессирующей близорукости, при котором увеличение размеров глаза происходит в связи с патологией склеры, приводящей к постепенному ее истончению и растяжению. И, таким образом, склеропластика показана только при единственном виде близорукости – дистрофическом (патологической, злокачественной, осложненной миопической болезни), которому присущ данный механизм.