

Біздің тәжірибемізде 2007 жылдан 2009 жылдар аралығында «Ана мен бала орталығында» 250 науқас гемангиоманың әртүрлі формасы бойынша ем қабылдады. Соның ішінде капиллярлы гемангиоманың улес салмағына 45 % (112 науқас) келіп, амбулаторлы түрде криотерапия қолданылды. Локализациясы әртүрлі - 63 балада (55%) кеудеде, алдыңғы құрсақ қабырғасында, 33 балада (30%) аяқ-қолда, 16 балада (15%) бет аймағында орналасқан. Температура - 33 пен - 35°C аралығында тағайындалып, экспозициясы 10-15 секундтан 2-3 рет қайталанды. Криотерапиядан кейінгі емдеу нәтижелері:

1. 96 балада (87%) 1 реттік процедурадан кейін жойылды.

2. 11 балада (10%) криотерапия әдісі гемангиоманың көлемінің үлкендігіне байланысты 2-3 мәрте қайталанды.

3. Асқынулар болған емес.

4. Рецидив 5 балада (3%) кездесті. Гемангиоманың қайта түзілуі кавернаның терең орналасқан жағдайында, аралас түрлерінде кездесті.

Әдебиеттер:

1. Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. - Алматы - 2008 - С. 34-40.

2. Ленюшкин А. И. «Руководство по детской поликлинической хирургии». - М. Медицина. - 1986 - 170с.

3. Пачес А.И., Шенталь В.В. Криогенный метод лечения опухолей головы и шеи. - М. Медицина. - 1978г.

Резюме

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМЫ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «КРИОТУР 600»

Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, Е.Р. Шокаяев, А.О. Сураужанова, Р.Н. Жакупов,

Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева, М.А. Пушкарев, Д.К. Жуманова

КГП на ПХВ «Центр Матери и Ребенка», г. Усть-Каменогорск

Гемангиомы - врожденные образования, исходящие из кровеносных сосудов. По своему характеру гемангиомы близки и к порокам развития, и к опухолям. Одним из доказательств принадлежности гемангиом к неопластическим процессам, является возможность спонтанной регрессии некоторых опухолей. Задачи лечения заключаются в прекращении роста гемангиомы, ликвидации опухолевого процесса и достижение наилучшего функционального и косметически выгодного результата.

Ключевые слова: гемангиомы, ликвидация опухолевого процесса, применение аппарата «Криотур-600».

Summary

EXPERIENCE TREATING OF HEMANGIOMAS WITH USING THE APPARATUS "KRIOTUR - 600"

R.Zh. Rakimova, K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, E.R. Shokayev, A.O. Surauzhanova,

R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov, A.B. Rakishev, M.A. Pushkarev, D.K. Zhumanova

Centre of Mother and Child, Ust-Kamenogorsk

Hemangioma - congenital formation coming from the blood vessels. Nature of Hemangioma and malformations are close, and tumors. One of the proofs of origin of hemangiomas to neoplastic processes, is the possibility of spontaneous regression of some tumors. Objective of treatment is to halt the growth of Hemangiomas, elimination of tumour and to achieve the best functional and cosmetically favorable results.

Key words: hemangioma, elimination of the tumor process, the use of the apparatus "Kriotur - 600"

УДК 616.61-002.3-036.87-036.12

К.А. Цыкунов

НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Аннотация

Ультразвуковое исследование почки является одним из доступных информативных методов оценки тяжелых осложнений пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), как склероз почечной паренхимы. Основными диагностическими ультразвуковыми критериями поражения почечной паренхимы у больных ПМР является: 1) уменьшение размеров почки; 2) поражение почечной паренхимы может быть как очаговым, так и тотальным; 3) неравномерное чередование пораженных сегментов со здоровыми. Позитивным симптомом рефлюкса на УЗИ является положительный градиент дилатации ЧЛС в момент ретроградного заброса мочи (при натуживании или мицции), что колеблется при II степени ПМР от 67% до 37%, при III ст. заболевания до 93,8%. Применение ультразвукового метода у больных с ПМР расширяет представление не только об анатомическом строении почки, но и его морфологической структуре.

Ключевые слова: ПМР, ультразвуковое исследование почек, уменьшение размеров почек, повреждение паренхимы почек.

Актуальность. Хронический пиелонефрит (ХП) является одним из тяжелых осложнений пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), который представляет собой вяло текущее, периодически обостряющееся бактериальное воспаление паренхимы почки и уротелия лоханки с последующим склерозом паренхимы [1].

Широкое распространение при диагностике пиелонефрита получило ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Для ХП характерно уменьшение размера почки, ее объема, нечеткость, неровность контура. Толщина паренхимы уменьшается, причем этот процесс может носить как очаговый, так и тотальный характер. Повы-

шение эхоплотности при ХП отмечено за счет склероза почечной паренхимы [2,3,4].

Развитие современных ультразвуковых технологий сделало возможной раннюю диагностику многочисленных заболеваний почек, лечение которых способно предотвратить прогрессирование заболевания. В настоящее время всё более раскрываются возможности УЗИ при диагностике поражений паренхимы почки, ко-

торые в конечном итоге приводят к почечной недостаточности [5,6,7,8,9].

Цель исследования. Изучить состояние паренхимы у детей с ПМР с применением ультразвукового метода.

Материалы и методы.

УЗИ проводилось в режиме реального времени механическим секторальным датчиком 3,5 МГц на аппарате "SONOLINE" Versa Pro "Seimens". Обследовано 315 больных с различной степенью ПМР.

Таблица 1.

Распределение больных пузырно-мочеточниковым рефлюксом по степени поражения и возрасту.

Возраст	Итого		Степень ПМР							
			I n = 81		II n = 67		III n = 145		IV n = 22	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0 - 3	74	23,5	21	25,9	18	26,9	32	22,07	3	13,6
4 - 7	107	33,9	11	13,6	15	22,4	67	46,2	14	63,6
8 - 15	134	42,5	49	60,5	34	50,7	46	31,7	5	22,7

Для оценки ультразвуковой оценки анатомо-структурного состояния почечной паренхимы у больных ПМР использовали параметры биометрии почки - это определение длины, ширины и толщины паренхимы, а также корреляционную связь между возрастом больного, степенью ПМР и давностью заболевания.

Помимо количественных характеристик при УЗИ дана качественная оценка состояния коллекторной системы почки в зависимости от степени рефлюкса и поражения почечной паренхимы.

За основу ультразвукового критерия оценки поражения почечной паренхимы у больных ПМР взяли: уменьшение размеров почки, ее объема; нечеткость и неровность контура; деформация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС).

Поражение почечной паренхимы может быть, как очаговым, так и тотальным. Повышение эхоплотности при хроническом пиелонефrite отмечено за счет склеротического поражения почечной паренхимы, расширение, деформация ЧЛС почки, более выражены уплотнение и неоднородность стенок, нечеткость дифференцировки синуса от паренхимы является следствием по-

стоянного ретроградного заброса, зачастую инфицированной мочи.

УЗИ почек имеет неоценимое значение для выявления наступивших изменений в почечной паренхиме вследствие ПМР. Хронический пиелонефрит осложненный ПМР протекает более тяжело на фоне незаторможенных сокращений мочевого пузыря, что поддерживает его непрерывно-рецидивирующую течения с развитием склеротических изменений в паренхиме почки. В наших наблюдениях в 56% случаях причиной хронического пиелонефрита у больных ПМР является нарушение уродинамики НМП. В этой связи функциональное состояние почечной паренхимы находится в прямой зависимости от состояния уродинамики НМП и вполне вероятным является тот факт, что внутрипузырная гипертензия оказывает непосредственное влияние на гемодинамику почки. Распределение больных по степени ПМР по показателям размеров почки, представлено в таблице 2.

Качественная ультразвуковая характеристика хронического пиелонефрита осложненного ПМР разделена на 3 степени (таблица 3).

Таблица 2.

Распределение больных с ПМР по показателям размеров почки.

Размеры (в см.)	Степень ПМР			
	I n = 71	II n = 93	III n = 129	IV n = 22
Длина почки	4,5 – 11,5	4,1 – 11,0	3,8 – 10,0	3,6 – 6,7
	25 (35,21%)	29 (31,18%)	37 (28,68%)	7 (31,81%)
Ширина почки	2,7 – 5,1	2,3 – 4,9	2,0 – 4,6	2,0 – 4,5
	21 (29,57%)	25 (26,88 %)	30 (23,25%)	6 (27,27%)
Верхний полюс	1,1 – 3,5	0,9 – 3,0	0,8 – 1,5	0,5 – 1,3
	7 (9,89%)	18 (19,35%)	27 (20,93%)	4 (18,18%)
Нижний полюс	1,4 – 2,7	1,5 – 2,3	1,3 – 2,1	1,0 – 1,5
	8 (11,26%)	13 (13,98%)	23 (17,82%)	3 (13,63%)
Средний полюс	1,0 – 2,6	1,0 – 2,4	0,8 – 1,7	0,5 – 1,5
	10 (14,08%)	8 (8,60%)	12 (9,3%)	2 (9,09%)

Эхографическим критерием ПМР кроме расширения, деформации ЧЛС почки, является уплотнение и неоднородность стенок, нечеткость дифференцировки синуса от паренхимы, свободное сообщение просветов мочевого пузыря и мочеточника. Позитивным симптомом рефлюкса на УЗИ является положительный градиент дилатации ЧЛС в момент ретроградного заброса мочи (при натуживании или мицции), что колеблется при II степени ПМР от 67% до 37%, при III ст. заболевания до 93,8%.

Таким образом, УЗИ почки является одним из доступных информативных методов оценки тяжелых

осложнений ПМР, как склероз почечной паренхимы. Основными диагностическими ультразвуковыми критериями поражения почечной паренхимы у больных ПМР является:

- 1) уменьшение размеров почки;
- 2) поражение почечной паренхимы может быть как очаговым, так и тотальным;
- 3) неравномерное чередование пораженных сегментов со здоровыми. Применение ультразвукового метода у больных с ПМР расширяет представление не только об анатомическом строении почки, но и его морфологической структуре.

Таблица 3.

УЗИ характеристика почечной паренхимы у больных ПМР.

УЗИ характеристика почки	Степени поражения почки при ПМР		
	I	II	III
Линейные размеры и объем почки	Контур почки ровный. Почка умеренно меньше в размерах	Контур почки не ровный, почка уменьшена в размерах	Контур почки не ровный, почка резко уменьшена в размерах
Оценка почечной паренхимы	Паренхима почки неоднородна и больше поражена над верхним и нижним сегментами	Паренхима не однородна, имеются склеротические изменения, которые больше выражены над верхними и нижними группами чашечек, толщина паренхимы более сохранена над средней группой чашечек	Паренхима не однородна, неравномерно истончена и имеются рубцовые втяжения над всеми группами чашечек
Состояние ЧЛС	ЧЛС расширен, деформирован	Лоханка расширена, деформирована, стенка утолщена, чашечки расширены, деформированы, и лоханка представляют шейка чашечек также расширена, форниксы имеют не правильную форму сглажены	ЧЛС резко расширена, деформирована. Чашечки и лоханка представляют единую полостную систему
Состояние мочеточника	Равномерное расширение мочеточника на всем протяжении	Мочеточник резко расширен больше в нижнем цистоиде	Мочеточник расширен, коленообразно извит

Литература:

1. Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита // Урология. – 2000. – №2. – С. 15 – 17.
2. Петров Д.А., Игнашин Н.С. Ультразвуковые методы в диагностике и лечении пиелонефрита. // Урол. – 1998. - № 5. – С. 48 – 50.
3. Дударев А.Л., Миронюк Т.Ф. // Съезд рентгенологов и радиологов УССР, 8-й. Киев, 1989. – С. 401.
4. Пилипенко Н.В., Назаренко В.А. Ультразвуковая диагностика в урологии. – М., 1993. – С. 27.
5. Игнашин Н.С. Ультрасонография в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М., 1997.
6. Глазун Л.О. Ультразвуковые критерии тяжести острой почечной недостаточности: Дис. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 1993.
7. Соколенко И.Н. Ультразвуковая диагностика обструктивных процессов верхних мочевых путей у детей: Дис. канд. – М., 1993.
8. Калугина, Г.В., Клущанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. – М., 1993.
9. Быковский В.А. Ультразвуковая семиотика острого пиелонефрита. Ультразвук. Диагн. 1998; 4: 69 – 74.

Тұжырым

ҚУЫҚ НЕСЕПАҒАР РЕФЛЮКСІ МЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ТЕКСЕРУ АРҚЫЛЫ БҮЙРЕК ҰЛПАСЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫН АНЫҚТАУ

К.А. Цыкунов

Радиациялық медицина және экология ФЗИ, Семей қ.

Бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі қуықтық-несепағарлық рефлюктін (ҚНР) ауыр ақыныну болып табылатын, бүйрек паренхимасының склерозының анықтайдын еңқолайтын информативті әдіс. ҚНР бар науқастардағы бүйрек паренхимасының зақымдалуының негізгі диагностикалық ультрадыбыстық белгілері болып саналады: 1) бүйрек көлемінің кішірейуі; 2) бүйрек паренхимасының зақымдалуы ошақтық немесе тотальды болуы мүмкін; 3) зақымдалған және сау сегменттердің біртексіз ораналасуы. УДЗ-ті рефлюктің позитивті белгісі болып, несептің ретроградтық ағуы кезінде (кушенинде немесе мікция кезінде) тостағанша-табақша жүйесінің он градиенттік дилатациясы саналады. Ол ҚНР II дәрежесінде 67%-ден 37%-ке, ал III дәрежесінде 93,8% кездеседі.

ҚНР бар науқастарда ультрадыбыстық зерттеу әдісін қолдану тек қана бүйректің анатомиялық құрылымын да көруге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: ҚНР, бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі, бүйрек көлемінің кішірейуі, бүйрек паренхимасының зақымдалуы ошақтық немесе тотальды болуы мүмкін, зақымдалған және сау сегменттердің біртексіз ораналасуы.

Summary

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF PARENCHYMAL KIDNEY OF CHILDREN WITH VESICOURETERAL REFLUX

K.A. Tsykunov

Research institute for Medicine and Ecology, Semey

Ultrasound examination of the kidney is one of the available methods for assessing informative severe complications of PMR as sclerosis renal parenchyma. The main diagnostic criteria of ultrasonic destruction of renal parenchyma in patients with PMR are: 1) reducing the size of the kidneys, and 2) renal parenchymal lesion may be focal or total, and 3) irregular alternation of the affected segments of the healthy. Positive symptoms of reflux on ultrasound is a positive gradient CHLS dilatation at the time of casting of retrograde urine (straining or miktisi), which varies with the degree of PMR II from 67% to 37% at III century. disease to 93.8%.

Application of ultrasonic method in patients with PMR expands the view is not only about the kidney anatomy, but also its morphological structure.

Key words: PMR, Ultrasound examination of the kidney, reducing the size of the kidneys, renal parenchymal lesion may be focal or total, irregular alternation of the affected segments of the healthy.