

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ № 557 ОТ 25 ИЮНЯ 2015 г.

Председатель: профессор А.Ф. Дронов. Секретарь: Н.О. Ерохина

ПОВЕСТКА

1. Демонстрация:

«Редкая причина гидронефроза у ребенка»

Захаров А.И., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А., Бетанов З.В.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

2. Демонстрация:

«Резидуальный аппендицит у ребенка 3 лет после аппендэктомии»

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Халафов Р.В.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

3. Доклад:

«Ретроперитонеоскопический доступ при гидронефрозе у детей»

Коварский С.Л., Захаров А.И., Струянский К.А., Склярова Т.А., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Бетанов З.В.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

4. Доклад:

«Эндоскопический метод лечения нерезицирующего мегауретера у детей раннего возраста»

Меновщикова Л.Б., Левитская М.В., Николаев С.Н., Склярова Т.А., Бетанов З.В., Соттаева З.З.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

1. ДЕМОНСТРАЦИЯ: «РЕДКАЯ ПРИЧИНА ГИДРОНЕФРОЗА У РЕБЕНКА»

Захаров А.И., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А., Бетанов З.В.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва;
Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Александр Б., 17 лет, поступил в отделение урологии и плановой хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова с диагнозом «гидронефроз слева».

Из анамнеза известно, что в 2013 г. пациент обследован по месту жительства в Республике Молдова, в 2014 г. находился на обследовании в НИИ урологии.

В 2014 г. консультирован в КДЦ ДГКБ № 13, поступил в отделение для решения вопроса о тактике лечения.

При поступлении по данным УЗИ (рис. 1) отмечается расширение лоханки левой почки до 21 мм, в просвете – небольшое количество взвеси, отдельные чашечки – до 15 мм. Стенки лоханки утолщены. Кровоток не изменен, четко прослеживается до капсулы. Паренхима не истончена, 10 мм.

Правая почка не изменена. Проведена компьютерная томография, на которой подтверждено расширение лоханки левой почки (рис. 2).



Рис. 1. УЗИ почек при поступлении. Расширение левой лоханки

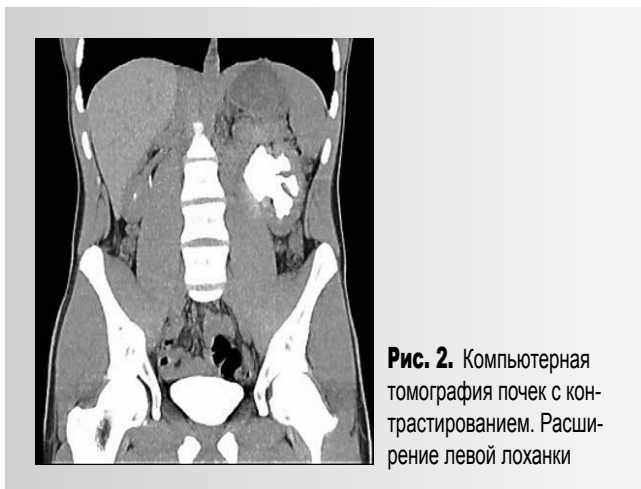


Рис. 2. Компьютерная томография почек с контрастированием. Расширение левой лоханки

Учитывая результаты обследования, проведено оперативное лечение: диагностическая лапароскопия, пластика пиелoureтерального сегмента слева.

При вскрытии лоханки обнаружены папилломатозные разрастания, которые и вызывали obstruction пиелoureтерального сегмента (рис. 3). Проведена резекция лоханки и мочеточника в пределах здоровых тканей, наложен пиелoureтеральный анастомоз.



Рис. 3. Интраоперационная картина. Папилломатозные разрастания внутри лоханки

По данным гистологического исследования в лоханке и мочеточнике определяются множественные папилломатозные образования, выстланные переходным эпителием.

Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. При проведении контрольного обследования функция почек не нарушена, проходимость пиелoureтерального сегмента слева удовлетворительная.

2. ДЕМОНСТРАЦИЯ: «РЕЗИДУАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ»

Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Залихин Д. В., Халафов Р. В.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва;
Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

В клиническом наблюдении представлен опыт лечения ребенка 8 лет с резидуальным аппендицитом, т. е. когда патологические изменения в червеобразном отростке появляются после приступа острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, аппендикулярного абсцесса (по В. И. Колесову).

В анамнезе ребенку выполнена открытая аппендэктомия по поводу флегмонозного аппендицита (разрез по Волковичу–Дьяконову–Мак-Бурнею) в Доминиканской Республике. Через 2 дня после операции родители забрали ребенка из стационара, возвратились в Россию и поступили в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова в связи с жалобами ребенка на боли в животе, вялость, субфебрильную температуру тела. При поступле-

нии: состоянии средней тяжести, жалобы на боли в животе, последний подвздут, выражено болезненный в правой подвздошной области и правых отделах, перитонеальные симптомы неявные, пассивная мышечная защита отсутствует; *местно*: разрез не соответствует классическому доступу по Волковичу–Дьяконову–Мак-Бурнею – на 2 см ниже должностующего (практически по паховой связке). Со слов родителей и по данным выписки, аппендикс был удален. При выполнении УЗИ брюшной полости обнаружен инфильтрат в области правого латерального канала – 108×81×48 мм, аппендикс – 56×10 мм, жидкость до 5 мл в правой подвздошной ямке, во всех отделах отечный сальник. Ребенку назначена консервативная терапия: инфузионная (растворы солей, глюкозы), антибак-