

3. *Ергольский В. Н.* Арх. психиатр., нейрол. и судебной психопатол., т. 21, 1. Харьков, 1893, стр. 139.
4. *Лукомский И. И.* Психические изменения при клещевом энцефалите. М., 1948, стр. 39.
5. *Максимов С. Ф.* Невропсихическая мед., отд. 3, 1902, Киев, стр. 273.
6. *Розенбах П. Л.* Врач. еженедельная газета, № 20, том 19, С. Пепербург, 1898, стр. 594.
7. *Щербаков А. Е.* Клинические лекции по нервным и душевным болезням. Варшава, 1901, стр. 258.
8. *Эрлицкий А. Ф.* Клинические лекции по душевным болезням. С. Петербург, 1896, стр. 215, 309.
9. *Grimaldi* Pseudoparalysis generalis alcoholica. Nuove Revista, 1893.
10. *Lentz* Bulletin de lasocieté de médecine mendale de Belgique. № 42, 1886.
11. *Ziehen, Th.* Руководство по психиатрии для врачей и студентов. Перевод с немецкого. С. Петербург, 1897, стр. 291, 311, 387, 435.

УДК 616.61—053.3—073.75

Г. Г. ЭИРАМДЖЯН, В. Г. ГЕЛЬДТ, Е. А. ВОЛОДЬКО, Л. В. МЕНЧИНСКАЯ

ПОЧЕЧНАЯ АНГИОГРАФИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Несмотря на существование многих приемов контрастирования сосудов, почечная ангиография является пока единственным методом, с помощью которого выявляется патология сосудов мочевыделительной системы. У новорожденных и грудных детей ангиография осуществляется нами через пупочные сосуды.

Быстрое развитие детской урологии, расширение диапазона оперативных вмешательств, растущая тенденция к органосохраняющим операциям у детей при врожденных пороках развития мочевых путей в ранние сроки определяют необходимость точного диагноза и рациональных показаний к применению различных методов лечения. В настоящее время ангиография занимает большое место среди рентгенологических методов диагностики вообще [2], а выявление причин некоторых заболеваний почек, почечных сосудов, органов забрюшинного пространства невозможно без применения почечной ангиографии [3].

Контрастирование сосудов чаще всего выполняют, применяя один из следующих приемов—обнажают какую-либо периферическую артерию с последующей ее пункцией или вскрытием просвета, катетеризуют глубокую ветвь бедренной артерии, чрезкожно пунктируют один из периферических артериальных сосудов либо катетеризуют пупочную артерию.

Последний доступ используют для проведения почечной ангиографии у новорожденных и детей раннего грудного возраста [4].

В связи с тем, что ангиография порой осложняется тромбозом сосуда, для исследования целесообразно использование пупочных артерий, которые могут быть перевязаны без риска возникновения нарушения кровообращения. Вместе с тем относительная простота выполнения у детей раннего возраста ангиографии позволяет считать ее методом выбора у новорожденных и грудных детей.

Почечную ангиографию иногда применяют в сочетании с другими рентгеноурологическими исследованиями. Однако комбинация любого метода с ангиографией опасна и повышает риск осложнений. Вследствие этого к комплексному одновременному использованию нескольких методик в сочетании с ангиографией прибегают лишь по строгим показаниям [5].

Мы располагаем опытом проведения почечных ангиографий у 15 детей в возрасте от 2 дней до 3 месяцев. Распределение больных по характеру патологии представлено в таблице. Показателями для ангиографии являлись: «немая» почка, пальпируемое объемное образование брюшной полости и забрюшинного пространства, дистопия почки, олигурия неясной этиологии и пр. При наличии почечной, сердечно-сосудистой, легочной недостаточности, гнойно-воспалительных заболеваний ангиография не проводилась. Для исследования использовали рентгеновский аппарат «Мультикс» фирмы «Сименс».

Т а б л и ц а
Распределение больных по диагнозу

Диагноз	Число больных
Мультикистоз почки	7
Поликистоз почки	4
Гипоплазия почечной артерии	2
Агенезия почки	1
Дистопия почки	1

Методика ангиографии. Больному накануне исследования проводят пробу на индивидуальную чувствительность к йодсодержащим препаратам. Внутривенно вводят 1 мл 60% раствора верографина. Ангиографию осуществляют под общим обезболиванием. После обработки операционного поля производят поперечный разрез длиной 3—4 см в паховой области. Послойно тупым путем расслаивают мышцы и доходят до брюшины. В предбрюшинной клетчатке после разведения краев раны в ее верхне-медиальном углу находят пупочную артерию, которая имеет белесоватый оттенок. Артерию освобождают, на периферический и центральный концы накладывают турникеты, подтягивают сосуд в рану. Артерию надсекают скальпелем до появления просвета. Если артерия функционирует, вводят катетер, предварительно промытый раствором гепарина и смазанный стерильным вазелиновым маслом. Используют зонд Эдмана или сердечный зонд Курнана № 6. Подтягивая артерию на себя и к бедру больного, быстро вводят катетер, который продвигают во внутреннюю подвздошную артерию и далее в аорту. При отсутствии интенсивной струи крови из центрального конца артерии осторожными вращательными движениями производят ее бужирование мочеточниковым катетером № 4—5. В большинстве случаев после попадания зонда во внутреннюю подвздошную артерию дальнейшее его продвижение вперед не вызывает

трудностей. Если внутренний конец катетера упирается в стенку передней ветви внутренней подвздошной артерии, создается ощущение препятствия. В подобной ситуации главное условие успешной катетеризации аорты—исключить применение силы для преодоления препятствия, ибо любое насилие грозит перфорацией аорты. Разработан прием, коррегирующий ход зонда [1]. Пальпаторно в ране прощупывается тяж с находящимся в просвете катетером. Последний придавливается в участке, максимально близком от места отхождения пупочной артерии. Это обеспечивает устранение угла между пупочной артерией и передней ветвью внутренней подвздошной артерии, а также создает возможность отклонения катетера. Введение последнего у новорожденных и грудных детей осуществляется просто, часто без бужирования сосуда, ибо в этом возрасте пупочные артерии практически представляют прямое продолжение внутренних подвздошных. Внутренний конец зонда фиксируют на уровне первого и второго поясничных позвонков, после чего начинают введение контрастного вещества. Внутриаортально применяют 60% раствор верографина из расчета 3—4 мг/кг массы ребенка. Первые 3 мл контраста вводят медленно для заполнения системы, оставшуюся часть—в течение 3 сек. Снимки производят при режиме 66 квт, 16 млам/сек на 0,5, 1, 1,5, 2, 2,5, 3, 5, 7, 9-й секундах. После окончания исследования катетер извлекают, пупочную артерию перевязывают, рану ушивают. Манипуляцию целесообразно проводить через левую пупочную артерию, чтобы в последующем не смущать хирургов рубцом на случай возможной аппендэктомии. Приводим наблюдение.

Больная О., 3 дня (и. б. 4226), поступила в отделение из родильного дома с диагнозом: опухоль брюшной полости справа, кишечная непроходимость? Родилась в срок от первой беременности, осложненной маловодием, с массой тела 3250,0. Выяснилось, что бабушка страдала пиелонефритом на почве порока развития мочевыделительной системы, а дед умер от почечной недостаточности. Состояние при поступлении тяжелое, выражены явления токсикоза и экзикоза, частые срыгивания, переходящие в рвоту. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный, прощупывалась несколько увеличенная правая почка, левую почку четко определить не удавалось. Данные общего и биохимического исследований крови и мочи без особенностей. В результате клинического и рентгенологического обследований диагноз кишечной непроходимости не подтвердился. Проведена инфузионная урография. Функция левой почки отсутствует в течение часа. Функция правой почки своевременная, почка нормальных размеров, соотношение паренхимы и собирательной системы удовлетворительное. На уретроцистограмме патологии нет. Отсутствие функции левой почки послужило основанием для выполнения трансумбиликальной аортографии. На ангиограмме выявлено отсутствие левой почечной артерии, паренхима почки не контрастируется. Справа четкое изображение почечной артерии и паренхимы почки. Диагноз: агенезия левой почки.

Наблюдение показывает, что в данном случае правильный диагноз был возможен при использовании ангиографии.

Осложнения отмечены у 3 больных. В одном случае отмечалось кровотечение из раны после проведения исследования вследствие начинающейся почечной недостаточности. В двух случаях возникли затруднения при выделении пупочной артерии, что послужило причиной обнажения сосуда на противоположной стороне.

В заключение отметим, что почечная ангиография является единственным методом, с помощью которого выявляют патологию сосудомочевыделительной системы. Ангиография новорожденных, детей раннего грудного возраста осуществляется через пупочные сосуды. Являясь ценным диагностическим методом исследования, ангиография не конкурирует, а дополняет другие методики.

Кафедра детской хирургии ЦОЛИУВ

Поступила 11/1 1982 г.

Գ. Գ. ԷՅՐԱՄՋԱՆ, Վ. Գ. ԳԵԼԴ, Ե. Ա. ՎՈԼՈԴԿՈ, Լ. Վ. ՄԵՆՉԻՆՍԿԱՅԱ

ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ԱՆԳԻՈԳՐԱՖԻԱՆ ՆՈՐԱՇԻՆ ԵՎ ԾԾԿԵՐ ԵՐԵԽԱՆՆԵՐԻ ՄՈՏ

Մանկական ուրոլոգիայի արագ զարգացումը, վիրահատական միջամտությունների լայն դիապազոնը, օրգանապահպանողական վիրահատությունների հարաճուն տեղեկնքը մանուկների մոտ և վաղ հասակում միզուղիների զարգացման բնածին արատները անհրաժեշտ են դարձնում ստույգ ախտորոշելու և կիրառելու բուժման տարբեր մեթոդներ:

Հողվածում բերված տվյալները թույլ են տալիս հանգելու այն եզրակացության, որ երիկամային անդիոգրաֆիան միակ մեթոդն է, որի միջոցով ի հայտ է բերվում միզարտադրող համակարգի անոթների պաթոլոգիան:

Անդիոգրաֆիան նորածին և ծծկեր երեխաների մոտ իրականացվում է պորտանոթների միջոցով:

Ինչևիդ բարդ, բայց հետազոտությունների համար արժեքավոր ախտորոշիչ մեթոդ, անդիոգրաֆիան ոչ թե մրցակցում, այլ լրացնում է մյուս մեթոդները, և կարող է դառնալ ընտրվելիք միջոց ախտորոշիչ այլ հնարավորություններ օգտագործելուց հետո:

G. G. EYRAMJIAN, V. G. GELDT, E. A. VOLODKO, R. V. MENCHINSKAYA

THE KIDNEY ANGIOGRAPHY OF THE NEWBORNS AND INFANTS

It is shown that among the variety of the vessel constricting methods the kidney angiography is the only method for revealance of the pathology of vessels of the urinary system.

The angiography of the newborns and infants has been carried out through the umbilical vessels.

This method, though complicated, is very valuable for diagnostic investigations.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акоюн В. Г. Дисс. канд. М., 1966.
2. Беродзе Н. М. Сб. трудов Института урологии АМН СССР, т. 3. М., 1965, стр. 169. стр. 169.
3. Долецкий С. Я., Терехов Ю. П. Урология, 2, 1967, стр. 6.
4. Долецкий С. Я., Акоюн В. Г., Гаврюшов В. В., Тихонов Ю. А. Контрастные исследования системы воротной вены и аорты через пупочные сосуды у детей. М., 1967.
5. Лопаткин Н. А. Вестн. АМН СССР, 1961, 8, стр. 63.
6. Терехов Ю. П. Дисс. канд. М., 1967.