

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

**Е.В. Торчилевская, Д.А. Шестаков, Д.А. Баранов, А.М. Голощапов**  
Воронежская медицинская академия,  
Воронеж, Российская Федерация

При врожденных и приобретенных заболеваниях верхних мочевых путей результат комплексного лечения в значительной степени зависит от эффективности терапии обструктивного пиелонефрита. В последние три года на стационарном лечении находилось 209 детей с врожденными и приобретенными обструкциями верхних мочевых путей. По нозологическим единицам они распределились следующим образом: гидронефроз - 74, уретерогидронефроз - 8, пузырно-мочеточниковый рефлюкс - 71, мочекаменная болезнь - 7 больных. У всех детей диагностирован обструктивный пиелонефрит. Из общего количества больных 184 ребенка поступили обследованными на базе педиатрических больниц г. Воронежа, в 25 случаях заболевание обнаружено впервые в хирургическом стационаре, в том числе по результатам посева мочи. В 46% случаев выявлена *E.coli*, в 29% - *Proteus mirabilis* или *Proteus vulgaris*, в 21% - *Staphylococcus aureus* и в 4% - другие возбудители. По данным результата посева мочи, в большинстве случаев возбудитель обструктивного пиелонефрита был чувствителен к антибиотикам пенициллинового ряда: левомецитину и гентамицину. У 21% больных детей с пиелонефритом в посевах мочи возбудитель был чувствителен только к цефалоспорином.

Учитывая данные результаты посева мочи, в послеоперационном периоде проводилась соответствующая антибиотикотерапия в течение 14 дней. В качестве антибактериальной терапии назначались антибиотики пенициллинового ряда, гентамицин, нитрофураны, что позволило добиться положительного эффекта. У 23 детей больных пиелонефритом использовались цефалоспорины первого поколения. В дальнейшем, по выписке из стационара, лечение обструктивного пиелонефрита проводилось нефрологами (в условиях стационара или амбулаторно).

По результатам проведенного исследования следует отметить, что в раннем послеоперационном периоде для лечения обструктивного пиелонефрита у многих больных вполне адекватно применение антибиотиков пенициллинового ряда и гентамицина, в сочетании с нитрофуранами. И только при неэффективности их применения показано, с учетом результатов бакпосева мочи, проводить лечение больного цефалоспорином первого поколения.

## **СУБТРИГОНАЛЬНАЯ АУТОГЕМОПЛАСТИКА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА**

**О.В. Трусова**  
Новосибирский государственный медицинский университет,  
Новосибирск, Российская Федерация

В детской урологии актуальна проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), в связи с чем во всем мире постоянно совершенствуются старые и разрабатываются новые методы лечения ПМР.

Цель работы: изучить результаты альтернативного способа коррекции ПМР – эндоскопической субтригональной аутогемопластики (САГП). Проанализирована 221 история болезни за период 2006 – 2008 г., большинство детей с II-III ст. Основная группа - до 7 лет (76%). Односторонний рефлюкс - в 109 случаях (49,3%), двусторонний в 112 (50,7%). Один раз САГП подверглись 167 детей (75,6%), более – 54 (24,4%). Однократно понадобилось провести САГП детям с I ст. ПМР в 6 (3,6%) случаях, II ст. - в 109 (65,3%), III ст. - в 52 (31,1%), повторно – со II ст. в 33 случаях (61,1%), III ст. - в 19 (35,2%), IV ст. - в 2 (3,7%). У 8 (14,8%) детей с повторной САГП пузырно-мочеточникового рефлюкса сочетался с пороками развития почек. САГП проводилась под фторотановым наркозом. Кровь забиралась за несколько минут до вмешательства из периферической вены. Игла Storz вводилась через рабочий канал цистоскопа Storz, вкол ее производился на 0,5 см ниже устья мочеточника на глубину 1 см, объем вводимой крови от 1,5 – 2 мл, в зависимости от степени ПМР. Визуально контролировалось образование бугристости, изменяющей устье в полукруглую форму. Для предотвращения экстружии крови мочевой пузырь на сутки дренировался катетером. Оценивая наши данные, наиболее эффективной САГП оказалась у детей с I ст., менее со II ст. – 65,3%, III ст. – 31,1%, в том числе с удвоением мочеточника; не эффективна с IV ст. Общая эффективность методики составила 75,6%.

Таким образом, эндоскопическая пластика аутокровью является эффективным и безопасным методом, имеющим низкую стоимость лечения.

## **ДИАГНОСТИКА ОРГАНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКО-ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА (МПС) ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА**

**М. Туриева, Л. Цховребова**  
Северо-Осетинская государственная медицинская академия,  
Владикавказ, Российская Федерация

При комплексном урологическом обследовании 39 детей с нарушением эвакуаторной функции мочеточнико-пузырного сегмента (МПС) у 30 больных нами выявлены нарушения органического характера, у 9 - функционального.

Для диагностики характера поражения МПС проводили эхоусонографию, диуретическую сонографию (ДСГ), радиоизотопную ренографию (РРГ), доплерографию (ДГ).

При органическом поражении МПС у 12 больных на УЗИ выявлено уменьшение толщины паренхимы более

30%, размер лоханки колебался от 10 до 20 мм, диаметр мочеточника от 9 до 16 мм. При ДСГ на 20 минуте выявлено нарастание размеров мочеточника на 85% от первоначального, причем уменьшение диаметра мочеточника к 40-60 минуте не происходило. Для оценки сократительной активности мочеточника при последовательном УЗИ с диуретической нагрузкой вычисляли амплитуду единичного сокращения мочеточника, определяемую как разницу наибольшей и наименьшей площадей сечения дистального отдела мочеточника. У больных с органической формой обструктивного мегауретера при ДСГ выявлено нарушение уродинамики в виде замедленного и неполного опорожнения верхних мочевых путей. При этом наблюдались как нарушения сократительной активности мочеточника (12 случаев), так и нормальная сократительная активность (18). При доплеровском исследовании кровотока почек у 12 детей рисунок сосудистого дерева был ослаблен, с извитыми междолевыми ветвями. При импульсной доплерометрии отмечались изменения индекса резистентности и средней скорости кровотока, при РРГ - функция почки снижалась на 30-40%, кривая имела обструктивный характер, фаза накопления была во всех случаях, фаза выведения не определялась.

При функциональных поражениях МПС толщина паренхимы почки в большинстве случаев (7) была нормальной, у 2 детей уменьшена на 5-8%, размер лоханки колебался от 5 до 15 мм, диаметр мочеточника от 6 до 14 мм. ДСГ выявляла отсутствие органического препятствия дистального сегмента мочеточника; увеличение размера мочеточника к 15 минуте исследования не превышало 30% от исходного размера, а к 40 минуте происходило возвращение к исходным размерам. При ЦДК кровоток прослеживался до капсулы почки, при импульсной доплерометрии изменений гемодинамики не выявлено. РРГ позволяет судить о незначительном, до 20%, снижении функции почки. В сложных и спорных случаях, когда отсутствовали неоспоримые данные за порок МПС, проводили пробный курс консервативной терапии у 4 детей. Положительная динамика свидетельствовала о функциональном характере обструкции.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОЙ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РСО-АЛАНИЯ

А. Цховребова, М. Туриева

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,  
Владикавказ, Российская Федерация

Большой вклад врожденных пороков развития в структуру детской заболеваемости, инвалидности и смертности определяет необходимость изучения их частоты и распространенности. Очевидно, что в настоящее время именно мониторинговые регистры являются главными источниками данных по эпидемиологии пороков развития. Мы провели статистический анализ распространенности врожденной уроandroлогической патологии за 5 лет (2004-2008 гг.), выявленной в урологическом отделении РДКБ. В задачу исследования входило определение характера и частоты врожденных пороков мочеполовой системы.

Всего за период 2004-2008 г. по данным, поступившим в регистр в РСО-Алания, зарегистрировано рождение 44681 детей, из них живорожденных 44408. За анализируемый период выявлено 1549 случаев (3,5%) врожденных пороков развития мочеполовой системы, из них в 2004 г. - 250; в 2005 г. - 275; в 2006 г. - 306; в 2007 г. - 340; в 2008 г. - 378 случаев.

Диагностика у новорожденных с экстрофией мочевого пузыря (5), с гипоспадией (17), эписпадией (3), крипторхизмом (139), гидроцеле (132), фимозом (209) не вызывала затруднений. Такие аномалии развития почек как агенезия (12), удвоение почки (132), подковообразная почка (2), поликистоз (8), солитарная киста (1), мультикистоз (9), гипоплазия (17), дистопия (15), врожденный гидронефроз (211), обструктивный мегауретер (92), рефлюксирующий (23), инфравезикальная обструкция: клапан уретры (7), меатостеноз (10), выявлялись в результате комплексного урологического обследования.

За последнее время частота врожденной урологической патологии, требующей хирургической коррекции, увеличивается. Мы считаем, что это связано отчасти с выявлением патологии мочевой системы в антенатальном периоде при УЗИ плода, а также с выявлением их в раннем постнатальном периоде. Для своевременного выявления необходимо обследование новорожденного на предмет возможного порока развития почек в следующих случаях: при отягощенном течении беременности и наследственной предрасположенности, при неблагоприятных факторах, воздействующих на мать в течение беременности, выявлении признаков урологической патологии в антенатальном периоде, при наличии любых, даже незначительных, изменений в анализах мочи у новорожденных, при определении опухолевого образования брюшной полости, если имеются другие пороки развития, особенно аноректальные и половых органов.

## ФИКСИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАВОРОТЕ ЯИЧКА

И.В. Черепанов

Ярославская государственная медицинская академия,  
Ярославль, Российская Федерация

Заворот яичка составляет до 11% (Чименге Ж., 2003) среди всех острых заболеваний мошонки и в 55% (Wein et al, 2007) приводит к удалению некротизированной гонады, таким образом, важным является профилактика заворота - фиксация единственного оставленного яичка (Baker L.L., 2006; Cass A.S., 2002).

Мы приводим свой опыт лечения данной патологии (22 операции). Из них в 8 случаях были фиксированы гонады после заворота, в 14 - контралатеральные.

Показаниями к фиксации яичка после заворота являются дефекты связочного аппарата яичка, вызывающие его гипермобильность, а также контралатерального яичка для исключения его заворота.

Оперативные вмешательства осуществлялись общепринятыми методиками с использованием нерассасывающегося шовного материала.