

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С УДВОЕНИЕМ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ

А.В. Крылова

**Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Российская Федерация**

Удвоение почек – наиболее часто встречающаяся аномалия развития верхних мочевых путей у детей. В ряде случаев удвоение почек сопровождается гидронефрозом одной из половин почки, пузырно-мочеточниковым рефлюксом, что приводит к гибели паренхимы и требует оперативной коррекции порока. Чаще всего после досконального обследования пациента и оценки функций пораженного органа используются открытые операции по удалению пораженного сегмента почки и мочеточника. С этой целью выполняется геминефрэктомия или геминефруретерэктомия традиционным доступом. Применение современного эндоскопического оборудования открывает новые возможности в хирургическом лечении детей с данной патологией. В настоящее время с помощью лапароскопической техники возможно выполнить тот же объем операций с использованием эндоскопической техники с минимальной травматизацией, что, в свою очередь, обеспечивает гладкий послеоперационный период, раннюю активизацию больных, снижение сроков пребывания в стационаре до 5-7 койко-дней и хороший косметический результат. В нашей клинике выполнено 5 операций по поводу лапароскопической геминефруретерэктомии. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Использование современных технологий позволило решить данную проблему в минимальные сроки и с высоким косметическим эффектом.

Таким образом, хорошие функциональные и косметические результаты делают лапароскопические операции в подобных случаях операциями выбора.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОНЕФРОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Т.А. Ксенофонтова

**Петрозаводский государственный университет,
Петрозаводск, Российская Федерация**

Частота пороков мочеводелительной системы, по данным перинатального центра республики Карелия, составляет 8-14% и занимает 3-4 место среди всех аномалий развития, выявляемых антенатально. Новорожденные с подозрением на порок развития МВС проходили обследование и лечение в отделении патологии новорожденных ДРБ г. Петрозаводска. Обследование включало: УЗИ мочевого системы, экскреторную урографию, цистоуретрографию, радиоизотопное исследование по показаниям, лабораторные методы, бактериологическое исследование мочи. При УЗИ почек уточнялись размеры почек и лоханок, толщина паренхимы. Решающим в выборе тактики являлся результат экскреторной урографии с диуретической пробой. Показанием к оперативному лечению служило обнаружение гидронефроза (ГН) II-III степени с отсутствием сброса контрастного вещества после внутривенного введения лазикса.

С 2003 по 2008 год в ДРБ оперированы 18 детей в возрасте до 3 месяцев, в том числе с гидронефрозом подковообразной почки (1), с двусторонним ГН (1); среди них мальчиков было 12, девочек - 6. У 13 детей ГН заподозрен антенатально, у 5 - диагностирован постнатально, у 3 - при плановом УЗИ. Сочетанные пороки развития имелись у 4 детей, недоношенность у одного пациента. Возраст детей, ко времени операции, колебался от 24 дней до 3 месяцев, масса тела от 3000,0 до 6600,0. Операция выполнялась из переднебокового доступа. Причиной ГН явились: стеноз пиелоуретерального сегмента у 17, высокое отхождение мочеточника в сочетании со стенозом у одного больного. 17 больным произведена резекция пиелоуретерального сегмента с наложением анастомоза по Хайнцу-Андерсену, в том числе 4-м без дренирования коллекторов. У одного новорожденного с отсутствием функции почки произведена нефрэктомия. Во всех наблюдениях диагноз подтвержден морфологически. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная, симптоматическая терапия, осложнений не отмечено.

Все дети выписывались под наблюдение педиатра и уролога. Динамическое наблюдение оперированных больных выявило улучшение функции почек, сокращение размеров коллекторной системы, отсутствие признаков пиелонефрита. Таким образом, ранняя диагностика позволяет корректировать врожденный гидронефроз до появления осложнений.

ЭНДОКОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

Д.Ю. Лакомова

**Саратовский государственный медицинский университет,
Саратов, Российская Федерация**

Метод эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса, предложенный Е. Matouschek в 1981 году, заключался в инъецировании тefлоновой пасты под устье мочеточника. В некоторых клиниках с целью более стабильной фиксации мочеточника применяется внутривезикулярная тракция при помощи модифицированных игл. Нами внутривезикулярная тракция мочеточника осуществлялась баллонным мочеточниковым катетером у 30 детей.

Проведён сравнительный анализ результатов лечения 120 детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, в том числе 82 девочки и 38 мальчиков, в возрасте от 4 месяцев до 15 лет, при использовании различных эндоскопических методик в период с 2005 по 2008 г. Эффективность оценивалась через год при контрольном обследовании.

У пациентов наблюдали: 1 степень рефлюкса - в 1% (2 мочеточника); 2 степень рефлюкса - в 4% (7 моче-

точников); 3 степень - в 58% (97 мочеточников); 4 степень - в 35% (59 мочеточников); 5 степень - в 2% (4 мочеточника).

Эндокоррекция проводилась биодегенерируемым препаратом коллаген детям в возрасте до двух лет (59 мочеточников) и биостабилизированным препаратом DAM+ детям старше двух лет (110 мочеточников).

Получены следующие результаты:

1.) Коррекция коллагеном без применения внутривульварной тракции мочеточника - 31 пациент (45 мочеточников). Эффективность - 52%. Рецидив у 15 пациентов (21 мочеточник).

2.) Коррекция коллагеном с применением внутривульварной тракции мочеточника - 8 пациентов (14 мочеточников). Эффективность - 77%. Рецидив у 2 пациентов (4 мочеточника).

3.) Коррекция DAM+ без применения внутривульварной тракции мочеточника - 59 пациентов (76 мочеточников). Эффективность - 72%. Рецидив у 17 пациентов (21 мочеточник).

4.) Коррекция DAM+ с применением внутривульварной тракции мочеточника - 22 пациента (34 мочеточника). Эффективность - 91%. Рецидив у 2 пациентов (3 мочеточника).

Вывод: Применение внутривульварной тракции мочеточника баллонным катетером во время эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса улучшает результаты лечения, однако сохраняется риск рецидива для 4 - 5 степени рефлюкса из-за выраженной анатомо-функциональной диспропорции уретеро-везикального сегмента.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ж.А. Магомедова, З.Н. Муртузаалиев, С.С. Давудов
Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Российская Федерация

Клиника детской хирургии Дагестанской государственной медицинской академии имеет многолетний опыт лечения мочекаменной болезни (МКБ) у детей Республики Дагестан, которая является одним из эндемических очагов этой патологии. Общеизвестно, что этиологическими факторами уролитиаза являются так называемые экзогенные факторы: химические вещества, содержащиеся в воде и почве, откуда они поступают в организм человека, а также различные удобрения посевных полей, токсические выбросы промышленных предприятий, автотранспорта и т.п. Однако все эти представления носят больше декларативный характер. С другой стороны, также выяснено, что мочекаменная болезнь приводит к развитию стойких изменений в почечной паренхиме и последующему нефросклерозу с исходом в хроническую почечную недостаточность.

В связи с этим последние годы в нашей клинике в рамках программы «Экология горной местности» проводится исследование факторов внешней среды, влияющих на развитие МКБ: жесткость питьевой воды, содержание соединений магния, кремния и фтора, характер питания, климатические факторы и др. Проводимые исследования свидетельствуют о существенных различиях в климате - географических зонах Дагестана: горы, предгорье и низменность.

Параллельно с этим проведены морфологические исследования интраоперационных биоптатов почечной ткани, взятых при удалении камней почек у 100 детей в возрасте 3 - 15 лет (63 мальчика и 37 девочек). Целью исследования была оценка гистоморфологической зрелости почечной ткани и степени выраженности вторичной нефропатии. Фрагменты почечной ткани размерами около 0,5 x 0,3 см фиксировали в нейтральном формалине, а затем окрашивали гематоксилин - эозином по Ван-Гизон и Шик-реакции. Все больные разделены на 3 группы: первая группа - 58 детей с односторонними камнями почек, вторая группа - 28 пациентов с двусторонними камнями, третья группа - 14 больных с рецидивными камнями чашечно-лоханочной системы. Исследования показали, что при одностороннем литиазе типичными были умеренные диффузные кистозные изменения канальцев коркового вещества и атрофия эпителия. При двустороннем литиазе в расширенных канальцах определялись гиалиновые цилиндры, комплексы слущенных клеток, дистрофия и деструкция почечного эпителия. При рецидивировании мочекаменной болезни, помимо указанных изменений, отмечался также сетчатый склероз по всей площади биоптата. Кроме того, у детей с рецидивной мочекаменной болезнью в том или ином сочетании определялись признаки врожденной аномалии почечной ткани.

Общая оценка состояния почечной паренхимы свидетельствовала о том, что практически отсутствовала нормальная почечная гистоструктура. Указанные изменения создают высокий риск повторного камнеобразования и поэтому в послеоперационном периоде требуется длительное и непрерывное медикаментозное лечение с целью литолиза, применение литотрипсии по показаниям, соблюдение диеты, санаторно - курортное лечение и постоянное наблюдение нефролога и уролога.

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНОГО РЕФЛЮКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Е.О. Мейлене
Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Российская Федерация

Пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс - одно из наиболее частых заболеваний мочевыводящих путей, встречающихся в детской урологической практике. По данным ряда авторов, является одной из основных причин пиелонефрита, на долю которого приходится 50% пациентов первого года жизни. В настоящее время множество клиник во всем мире занимается решением данной проблемы и, несмотря на серьезные достижения в этой области, ее актуальность сохраняется. Лечение пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса начинают, как правило, с консервативной терапии. В подавляющем большинстве случаев удается получить положительный результат, т.е. устранить рефлюкс за счет стабилизации функции детрузора. Однако, по данным разных авторов, отсутствие эффекта консервативной терапии отмечается у 50-70% пациентов. В этой ситуации возникает вопрос