

При гидронефрозе и уретерогидронефрозе I степени выброс мочи в 53% случаев был двухволновой, в 45% случаев – трехволновой и в 2% – одноволновой. Продолжительность выброса была $4,8 \pm 0,3$ с, максимальная скорость – $0,25 \pm 0,03$ м/с, средняя – $0,18 \pm 0,03$ м/с и минимальная – $0,12 \pm 0,02$ м/с. Количество выбросов в минуту равнялось $4,5 \pm 0,5$.

При гидронефрозе и обструктивном уретерогидронефрозе II степени мочеточнико-пузырный выброс мочи в 64% случаев имел двухгорбый и в 36% случаев – одnogорбый характер; число выбросов в минуту снизилось до $3,5 \pm 0,5$ раза, а продолжительность одного выброса – $2,92 \pm 0,2$ с. Максимальная скорость равнялась – $0,18 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,12 \pm 0,02$ м/с и минимальная – $0,10 \pm 0,02$ м/с. При гидронефрозе и обструктивном уретерогидронефрозе III степени в 78% выброс был одноволновой и непродолжительный $1,16 \pm 0,5$ с; число выбросов в минуту колебалось $1,5 \pm 0,5$. В 22% выброс имел

венозный непродолжительный характер. Максимальная скорость равнялась $0,08 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,07 \pm 0,02$ м/с и минимальная $0,05 \pm 0,02$ м/с.

Мочеточнико-пузырный выброс мочи при рефлюксирующем уретерогидронефрозе II–III степеней вызвал определенный интерес. При II степени выброс был двухволновым и венозным, 2–5 раз в минуту и продолжительностью 5–7 с. Максимальная скорость равнялась $0,22 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,16 \pm 0,02$ м/с и минимальная – $0,16 \pm 0,02$ м/с. При III степени выброс был венозным, продолжительным, почти постоянным, максимальная скорость – $0,17 \pm 0,03$ м/с, средняя – $0,13 \pm 0,03$ м/с и минимальная – $0,11 \pm 0,02$ м/с.

Допплерография является информативным методом, позволяющим прогнозировать исход лечения, предупредить и уменьшить количество осложнений, снизить количество рентгенологических исследований, лучевую нагрузку, расход рентгеноконтрастных средств у этой категории больных.

РЕНТГЕНОПЛАНИМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Ю. М. Ахмедов, И. А. Ахмеджанов, Ш. Х. Мавлянов, Ф. Ш. Мавлянов, К. Н. Ибрагимов, Ж. Ж. Курбанов

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

За период с 1995 по 2006 г. на базе детской областной многопрофильной клинической больницы в отделении детской хирургии на обследовании и лечении находились 205 детей с гидронефрозом, обструктивным и рефлюксирующим уретерогидронефрозом. Возраст детей составил от 2 месяцев до 15 лет.

С целью определения анатомо-морфологического состояния почек вычисляли ренокортикальный индекс. Для оценки степени истончения паренхимы до операции, нами использовано определение паренхиматозного индекса – Ипар. При уретерогидронефрозе обязательно производили, наряду с экскреторной урографией, микционные цистоуретрограммы, измерение диаметра верхнего среднего и нижнего сегментов мочеточника и его длины, способы подсчета математических индексов RMO – среднее значение радиуса обструктивно измененного мочеточника, VMO – объем обструктивно измененного мочеточника.

РКИ – показатель, который в возрастном аспекте значимых колебаний не имеет и достоверно увеличивается в зависимости от степени ВГ. Так, для 1-й степени гидронефроза он колеблется от $0,21 \pm 0,01$ до $0,24 \pm 0,02$, для 2-й степени – от $0,27 \pm 0,02$ до $0,32 \pm 0,04$ и для 3-й степени – от $0,59 \pm 0,12$ до $0,66 \pm 0,12$, в зависимости от возраста больных. Значения Ипар увеличиваются пропорционально увеличению РКИ и степени гидронефроза. При 1-й степе-

ни заболевания они колеблются от $1,4 \pm 0,1$ до $2,2 \pm 0,2$, при 2-й – от $2,4 \pm 0,1$ до $3 \pm 0,2$ и при 3-й степени – от $5,1 \pm 0,4$ до $7,6 \pm 1,6$, в зависимости от возраста больных. Также прослеживается тенденция увеличения Ипар с возрастом детей.

Математический анализ рентгенологического исследования верхних мочевыводящих путей показал, что при обструктивном уретерогидронефрозе в зависимости от степени средние значения VMO колебались от $50,8 \pm 7,8$ до $66,7 \pm 2,5$. Показатели RMO равнялись от $1,06 \pm 0,04$ до $1,2 \pm 0,02$, длина и диаметр мочеточника, в зависимости от степени обструкции также имели тенденцию к увеличению абсолютных чисел.

При 2-й стадии уретерогидронефроза происходило выраженное расширение цистоидов и тугое заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении с формированием 1-2 коленообразных изгибов до 1 см. У больных с УГН 3-й стадии в связи с резким расширением и удлинением мочеточника количество коленообразных изгибов длиной 2-3 см увеличивалось до 3-4. Более тугое заполнение мочеточника контрастным веществом отмечалось на отсроченных экскреторных урограммах при УГН 4-й стадии, на фоне резкого расширения и удлинения мочеточника происходило формирование 5-6 коленообразных изгибов длиной до 4-5 см.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ БИОПОЛИМЕРОМ «DAM+» У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Н.А. Беляева, А.Н. Жаров, О.М. Солдатов

Детская республиканская клиническая больница № 2, г. Саранск

Цель работы: оценка эффективности эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-моче-

точникового рефлюкса (ПМР) биополимером DAM+ и неоимплантации мочеточников по способу Козна.

Проанализированы истории болезни 217 пациентов с ПМР в возрасте от 4 месяцев до 17 лет, наблюдавшихся в отделении урологии ДРКБ № 2 с 2003 по 2006 г. Всем пациентам проведено обследование через 6 месяцев и 1 год после хирургического лечения: микционная цистография, экскреторная урография, УЗИ почек и мочевого пузыря с пробой на ПМР, оценка лабораторно-биохимических показателей и ритма спонтанных мочеиспусканий.

Эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером DAM+ произведена 115 пациентам (52,9%) на 139 мочеточниках. При контрольном обследовании у 40 пациентов (64 мочеточника) полное выздоровление наблюдалось у 60%, что составило 39 (60,9%) мочеточников из 64. При I степени эффективность составила 100%, II – 62,5%, III – 65,6%, IV – 25%. При оценке эффективности повторной эндоскопической коррекции биополимером DAM+ через 4–6 месяцев полное выздоровление отмечалось у 89% пациентов. Осложнений в виде нагноения, отторжения биополимера, а также обструкции мочеточника не наблюдалось.

Контрольное обследование произведено у

98 (97,1%) из 102 пациентов, прооперированных по способу Козна (161 мочеточник). Выздоровление отмечено у 87 (88,8%) из 98 пациентов, что составило 145 (90,1%) мочеточников из 161. Сравнительная эффективность в зависимости от степени ПМР после эндоскопического и хирургического лечения составила: при I степени – 100% и 71,4%, при II степени – 62,5% и 92,9%, при III степени – 65,6% и 87,9%, при IV степени – 25% и 93,8% соответственно.

Таким образом, несмотря на то что наибольшая эффективность наблюдалась после неоимплантации мочеточников по способу Козна, эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером DAM+ является достаточно эффективным и малоинвазивным способом хирургического лечения, позволяющим прибегать к повторным эндоскопическим вмешательствам, сокращающим сроки пребывания пациента в стационаре. Эффективность эндоскопической коррекции зависит от степени пузырно-мочеточникового рефлюкса, что обуславливает необходимость дифференцированного подхода к способу хирургического лечения данной группы пациентов.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО РАЗДАВЛИВАЮЩЕГО ЗАЖИМА

С.Н. Гисак, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын, В.И. Котова, О.В. Николаев, С.В. Мясоедов

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

За период 1996–2004 годов в клинике наблюдались 14 детей с болезнью Гиршпрунга (1 девочка, 13 мальчиков) в возрасте 3–16 лет. Все дети страдали хроническими запорами. В 2 случаях вследствие развития острой кишечной непроходимости, не разрешавшейся с помощью сифонных клизм, были наложены предварительные колостомы.

Все дети обследованы с помощью ирригоскопии и ирригографии. В 12 случаях зона аганглиоза располагалась в терминальной части сигмовидной кишки, в 2 случаях занимала ее дистальную половину.

Всем детям произведена операция Дюамеля-Баирова с использованием наложения на «шпору» раздавливающих зажимов. До 1998 года (у 4 детей) использовались конструкция из двух зажимов Бильрота, после – модифицированный зажим с равномерным постепен-

ным сжатием браншей от дистального до терминального его отдела с помощью винтового механизма.

В отдаленном периоде лишь у одного больного, оперированного в 1997 году, возник стеноз анастомоза в виде паруса, что было излечено с помощью наложения модифицированного зажима. В остальных случаях все дети растут и развиваются нормально; акт дефекации у них не нарушен.

Выводы

1. При локализации зоны аганглиоза в дистальном отделе сигмовидной кишки показана операция Дюамеля-Баирова.

2. Использование модифицированного раздавливающего зажима с равномерным постепенным сжатием браншей по всей длине обеспечивает хорошие отдаленные результаты данной операции.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ

С.Н. Гисак, В.И. Руднев, В.Ф. Васильев, Л.С. Гурвич, В.А. Птицын

Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Работа основана на анализе материалов историй болезни 82 детей раннего возраста, (а также 54 протоколов патологоанатомических исследований НЭК умерших за прошлые десятилетия), находившихся на лечении в клинике детской хирургии Воронежа с 1979 по 2001 год по поводу некротического энтероколита. Исследования проведены у 60 новорожденных с массой тела от 1200 до 3000 г, при сроке гестации от 30 до 38 недель, у 20 детей – до 1 года и у 2

пациентов – старше 1 года. При поступлении в хирургический стационар диагноз разлитого перитонита был установлен 54 больным (у 27 новорожденных на рентгенограммах определялся перфоративный перитонит), кишечного кровотечения – другим 20 пациентам, паралитической кишечной непроходимости – 30 больным. При анализе результатов исследований установлено, что НЭК развивался на фоне различной патологии. У 52 новорожденных в