

о дальнейшей тактике лечения этих пациентов. В резерве урологов остается два варианта решения проблемы: эндоскопическая коррекция рефлюкса и оперативное лечение.

На сегодняшний день, с целью эндоскопической коррекции рефлюкса, используют различные биологические и синтетические материалы, к которым относят тефлон, ДАМ-плюс, коллаген и т.д. Целью использования данных препаратов являются фиксация мочеточника и предотвращение экстравезикализации мочеточника.

В нашей клинике для устранения пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса применяется методика с использованием аутологичных фибробластов на микроносителях, полученных из собственных клеток кожи пациента. Вмешательство выполняется в ходе цистоскопии под наркозом. Предположительно, исходя из принципов развития недифференцированных стволовых клеток, стволовые клетки имеют тенденцию к ориентации за счет микроокружения. Следовательно, данные клетки могут дифференцироваться в ткани пузырно-мочеточникового соустья, удлиняя подслизистый тоннель. Всего в нашей клинике выполнено 17 оперативных вмешательств: у 10 пациентов - положительный результат, 7 потребовалось оперативное вмешательство.

Таким образом, данная технология является вариантом выбора метода лечения пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса у детей.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КТ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**А.Г. Петров, А.В. Патюткин, Т.В. Головачева, А.А. Шестаков,
М.А. Голощапов, К.П. Чекалин**
**Воронежская государственная медицинская академия,
Воронеж, Российская Федерация**

В диагностике урологической патологии у детей нами использован шестисрезовой компьютерный томограф (КТ) Somatom Emotion 6 фирмы Siemens. Минимальный шаг томографа 0,63 мм. Контрастирование мочевыводящих путей производилось ультравистом-300 из расчета 1мл/кг. Опухоль забрюшинного пространства диагностирована у 4 больных детей. У больных компьютерная томография с контрастированием мочевыводящих путей позволила определить не только трехмерное расположение опухоли, но и взаимоотношение с окружающими анатомическими структурами, в том числе и мочевыводящими путями. В первом случае опухоль исходила из задних отделов печени, во втором - из мочевого пузыря, в третьем случае установлена нейрогенная опухоль, в четвертом - нефробластома с неотчетливой рентгенологической картиной. Кистозные заболевания почек диагностированы на КТ у 8 детей, определяли размеры кист, а также наличие их в противоположной почке (поликистоз – у 3 детей), внутриорганный расположение кисты, толщину стенки кисты и наличие дополнительных включений при солитарной кисте почки (5 детей), что позволило определиться с тактикой лечения. При мочекаменной болезни у 3 детей, при обследовании на КТ с контрастированием мочевыводящих путей выявлено наличие «рентгеннегативных» камней и определено состояние почек и мочевыводящих путей выше места обструкции. Нейромышечная дисплазия установлена на КТ у 9 детей и дифференцирована по степени расширения мочевыводящих путей. С помощью КТ выявлена причина дилатации, определена локализация – мочеточники или мочевого пузыря, установлена степень поражения паренхимы почки, определена динамика сокращения мышечного слоя мочевыводящих путей – гипертонический или гипотонический тип.

Таким образом, традиционные методы обследования не дают полной информации об урологической патологии. Использование КТ позволяет улучшить диагностику заболеваний в детской урологии.

ЭНДОВЕЗИКАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ: МЕТОДОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

А.Е. Пигарева
**Уральская государственная медицинская академия,
Екатеринбург, Российская Федерация**

Эндовезикальная коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ЭВКР) предложена в 1981 году E. Matoushek. В основе способа лежит имплантация пластического материала под заднюю стенку подслизистой части мочеточника для создания адекватного клапанного механизма уретеро-везикального сегмента. В урологии детского возраста описано использование гомогенных имплантов (бычий дермальный коллаген, взвесь сополимера в гиалуроновой кислоте (Deflux), водосодержащий биополимер с ионами серебра (ДАМ+) и аутологичных имплантов (аутокровь, культура хондроцитов). В 1987 году Peters C.A. Jeffs R.D. впервые описали применение коллагена для ЭВКР. Эффективность применения коллагена по данным различных авторов составляет от 40-90% положительных результатов через 1 год лечения.

Цель работы: провести анализ результативности эндовезикальной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса коллагеном.

За период с 2004 по 2008 г. в клинике детской хирургии УГМА выполнено 576 коррекций ПМР коллагеном. Нами были оценены отдаленные результаты 195 детей за 5 лет. При анализе результатов учитывали степень, возраст и пол ребенка, сопутствующую патологию, эффективность коррекции. ПМР чаще встречается у девочек (73,3%). Среди возрастных категорий превалирует возраст от 3 до 8 лет (70%). ПМР сопровождается хроническим пиелонефритом (98% детей), хроническим циститом (64% детей), энурезом и нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (38% случаев). Структура ПМР по степени тяжести представлена по убыванию количественной значимости следующим образом: III ст. – 39,4%, II ст. – 31%, III-IV ст. – 12,3%, IV ст. – 10,2%, I ст. – 4,1%, V ст. – 3,0% случаев. Односторонний ПМР выявлен у 67,7% детей, двусторонний – у 32,3%. Однократная ЭВКР коллагеном проведена 65,1% пациентов, эффективность составила 78%. Двукратная имплантация проведена 33 детям (16,9%), эффективность – 71,7%. У детей, которым проведена ЭВКР 3 раза (16,7%), положительные результаты достигнуты в 75%. Небольшую группу составили дети, которым была проведена вынужденная многократная пластика коллагеном.

ном – 10,3% с конечным положительным результатом. После выполнения ЭВКР проводился УЗИ-мониторинг, при котором оценивались наличие, размеры и биодеградация импланта, динамика степени рефлюкса.

Таким образом, при выполнении ЭВК не отмечалось явлений обструкции, миграции коллагена, отсутствовала местная воспалительная реакция, наблюдалась медленная биодеградация импланта. Эффективность лечения ЭВКР коллагеном составила от 71% до 78%.

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ, РАННЯЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

К.Д. Пунсуков
Бурятский государственный университет,
Улан-Удэ, Российская Федерация

Среди детей и подростков пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) встречается в среднем в 1% случаев. Поздняя диагностика и лечение приводит к высокой частоте осложнений. Внедрение пренатального ультразвукового исследования повысило возможность выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса на ранних стадиях патологии.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса путем использования экспертных методов диагностики в пренатальном и постнатальном периодах.

Материал и методы. Проведен анализ 22 историй болезни детей до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в ДХО ГК БСМП 2003-2007 году, изучались обменные карты беременных женщин, истории родов и новорожденных, амбулаторные карты, истории болезни. Исследования показали, что данная патология наиболее часто встречается у девочек - 14 (64%). В ходе наблюдения и обследования диагноз установлен в пренатальном периоде у 5 (23%), в постнатальном периоде - 17 (77%).

Течение беременности у женщин сопровождалось: хронической гипоксией плода – 4 (18%), хронической фетоплацентарной недостаточностью – 2 (9%), инфекцией мочевыводящих путей – 5 (22%), анемией – 1 (5%), угрозой прерывания беременности – 2 (9%), нефропатией – 1 (5%), токсикозом I половины беременности – 4 (18%), прегестозом – 1 (5%).

УЗИ плода позволило выявить признаки пузырно-мочеточникового рефлюкса у 5 (23%), которые проявились в пиелозктазии. По возрасту данная патология чаще встречалась у детей до 3-х лет – 12 (55%). По локализации патологический процесс чаще был слева - 10 (46%). Пузырно-мочеточниковый рефлюкс по стадии проявления: II - 10 (45%), III- 11 (50%), IV- 1 (5%).

Методы хирургической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: операция Греагуара - 2 (9%), Политано-Лидбеттеру - 10 (45%), Коэна - 7 (32%), Жиль-Вернета - 3 (14%). Чаще всего операция уретероцистостомия выполнялась по методу Политано-Лидбеттеру и Коэна – 17 (77%). Послеоперационный период протекал без осложнений, только в одном случае отмечался рецидив заболевания, где была использована методика по Жиль-Вернету - 1 (5%), от которой в дальнейшем отказались.

Таким образом, раннее выявление пиелозктазии, активное ведение пациентов, включая раннее оперативное вмешательство при пузырно-мочеточниковом рефлюксе, приводит к улучшению результатов лечения.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ГИДРОЦЕЛЕ

П.И. Распутин
Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск, Российская Федерация

Цель исследования: оценка эффективности нового способа лечения рецидива гидроцеле у детей методом резекции нижней стенки влагалищной оболочки яичка.

Материал и методы. В клинике детской хирургии разработан способ лечения рецидива гидроцеле с целью предупреждения дисфункции кремастерного рефлекса. Выполняют разрез кожи дна мошонки, раздвигают края раны и проводят диссекцию влагалищной оболочки яичка по нижней поверхности водяночного мешка. Электроножом отсекают нижнюю стенку влагалищной оболочки, при этом резецированную ткань высвобождают через рану мошонки. Осуществляют выделение краев влагалищной оболочки к периферии на длину 1 см, а полученную складку подшивают узловыми швами к мясистой оболочке мошонки; проводят гемостаз и ушивание раны интрадермальным косметическим швом.

С 2004 по 2008 год в клинике находились 15 детей с рецидивом гидроцеле. Основную группу (ОГ) составили 8 детей, оперированных по предложенной методике, в группу клинического сравнения (ГКС) включены 7 пациентов, которым выполнена традиционная операция. Проведена сравнительная оценка результатов лечения в обеих группах.

Результаты исследования. Резекция нижней стенки влагалищной оболочки яичка обеспечивает более атравматичное и физиологичное лечение, поскольку сохраняется анатомическое ложе яичка, более того, восстанавливаются нормальные условия для его скольжения во время кремастерного рефлекса. Объем резецируемой ткани минимизирован, но достаточен для резорбции водяночной жидкости, более того, раневой дефект локализуется в самой нижней точке мошонки, что также улучшает ее дренажную функцию; выделение стенок влагалищной оболочки к периферии и подшивание полученной складки узловыми швами к мясистой оболочке мошонки предупреждает рецидив гидроцеле, поскольку наилучшим образом обеспечивает анатомо-физиологическую адаптацию яичка к нормальным условиям.

При оценке эффективности лечения в ОГ выявлено восстановление кремастерного рефлекса и отсутствие парастекикулярного рубцевания у 7 детей (87,5%), по сравнению с ГКС - у 3 пациентов (43%).