

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.

При сохраненной гонаде и отсутствии сомнений в ее жизнеспособности фиксация осуществлялась после деторсии, при сомнительных случаях - спустя 5 - 6 суток по уменьшении отека мягких тканей. Сроки фиксации контралатеральной гонады определялись индивидуально.

При проведении операций на пораженной гонаде у 6 из 8 пациентов (75%) были выявлены причины заворота: интравагинальное положение яичка - 3, отсутствие нижней связки придатка - 2, сочетание указанных факторов - 1.

При фиксации контралатеральных гонад анатомические дефекты выявлены у 7 из 14 больных (50%): интравагинальное положение яичка - 4, отсутствие нижней связки придатка - 2, сочетание указанных факторов - 1.

Таким образом, фиксация яичка является важным компонентом лечения больного с торсией гонады и имеет анатомическое обоснование.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОЦИСТИС ПУТЁМ ГИДРОДИЛАТАЦИИ

И.И. Ямалиева

**Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация**

С целью стимуляции нарастания объёма мочевого пузыря (МП) у больных с микроцистис разработан способ гидродилатации мочевого пузыря.

Суть способа заключается в том, что под обезболиванием производится ретроградная цистометрия с определением объёма МП, значений внутрипузырного давления и уретрального сопротивления. Затем в полость МП устанавливается гидродилатор. Баллончик катетера Фолея заполняется 5 мл раствора фурациллина для удержания гидродилатора в полости МП. При выполнении гидродилатации баллон гидродилатора фракционно (по 5, 10, 20 или 25 мл) заполняется раствором фурациллина с помощью шприца. После каждой порции жидкости проводится прямое измерение внутрипузырного давления.

На начальном этапе баллон заполняется в режиме ретроградной цистометрии. Затем путём создания избыточного давления в полости баллона гидродилатора осуществляется собственно гидродилатация МП.

При этом, в зависимости от степени растяжимости детрузора, отмечается постепенное снижение внутрипузырного давления. При достижении стабильных показателей объёма и внутрипузырного давления в пределах от 100 до 200 мм рт. ст. гидродилатация прекращается. Операция гидродилатации завершается видеоцистоуретрографией.

В результате проведённой гидродилатации дефицит объёма мочевого пузыря удалось существенно снизить с $161 \pm 1,7$ до $44 \pm 0,9$ мл. Эффект расширяющего воздействия ($V=117 \pm 3,6$) гидродилатации был статистически достоверным ($p < 0,05$).

Контрольное исследование объёма МП проведено и на отдалённых сроках от 6 до 12 месяцев после выполнения гидродилатации. Дефицит объёма МП у больных с гидродилатацией (основная группа) - $24 \pm 1,6$ мл, без гидродилатации - $116 \pm 2,8$.

Как видно из результатов, через 6-12 месяцев после осуществления гидродилатации происходит достоверное снижение объёма, т.е. более интенсивное увеличение объёма МП.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНО УСТАНОВЛЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Н.Б. Афлатонов

**Казахский национальный медицинский университет,
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Алматы, Казахстан**

За период с 2006 по 2008 г. на клинической базе кафедры в Научном центре педиатрии и детской хирургии находилось на обследовании и лечении 46 детей с периода новорожденности до 6 месяцев с врожденным пороком развития мочевыводящей системы - гидронефрозом. У всех детей антенатально была диагностирована вышеуказанная патология.

После рождения они были госпитализированы в отделение новорожденных. Мальчиков было больше - 32 (69%). В комплекс клинико-инструментального обследования входили: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек и рентгеноурологическое исследование (экскреторная урография и микционная цистография). По результатам обследования дети были распределены по трем группам: I-я - гидронефроз 1 степени (30), II - я - гидронефроз 2-3 степени (9), III-гидронефроз 3-4 степени (7 детей). Дети из всех групп получали консервативное лечение.

В комплекс консервативной терапии входили: метаболитная терапия, физиотерапия, массаж пояснично-крестцового отдела, мышц тазового дна, уросептики и лечение сопутствующих (неврологической и соматической) патологий. Оперативному вмешательству подверглось 16 (35%) детей в возрасте с периода новорожденности до 6 месяцев.

Показаниями к оперативному вмешательству были: нарастающая в динамике обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента, неподдающийся консервативному лечению мочевой синдром. Были применены следующие методы операций: пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Хайнесу - Андерсену - Кучеру (10 детей, 62%), чрескожнопункционная нефростомия (ЧПНС) - 5 (32%) больных, нефроэктомия (1 ребенок с терминальным гидронефрозом, 6%). Осложнения после операций не наблюдались.

Таким образом, наиболее оптимальные сроки проведения реконструктивно - пластических операций по Хайнесу - Андерсену - Кучеру - от периода новорожденности до 3-х месяцев, ЧПНС - период новорожденности, нефроэктомии - от 1 до 3 месяцев.