

шения уродинамики появлялись спустя 6 месяцев после операции, что сопровождалось сокращением ЧЛК. Окончательное восстановление ЧЛК, толщины паренхимы и ее дифференцировки, показателей гемодинамики отмечалось спустя 1 год. Показатели мочеточниково-пузырных выбросов восстановились спустя 3 года после хирургической коррекции.

У детей со значительными изменениями внутривисочечной гемодинамики при наличии выраженного расширения ЧЛК спустя 6 месяцев после операции значимых изменений со

стороны коллекторной системы и почечного кровотока выявлено не было. Только спустя 1 год у большинства пациентов (75%) произошли значительные улучшения в состоянии ЧЛК и паренхимы почки.

Таким образом, прогностически благоприятные признаки восстановления уродинамики после операции регистрируются при ультразвуковом исследовании через 6 месяцев при умеренных изменениях в паренхиме и чашечно-лоханочной системе, а при тяжелых формах гидронефротической трансформации — не ранее 1 года.

Изолированное расширение собирательной системы почки у детей (диагностика и тактика)

С. Г. ВРУБЛЕВСКИЙ, А. И. ГУРЕВИЧ

Кафедра детской хирургии Российского государственного медицинского университета, г. Москва.

УДК 616.61-07

Пиелозктазия в ряде случаев рассматривается как стадия гидронефроза. Однако, имеющееся расширение лоханки у детей грудного и раннего возраста нередко носит транзитный характер, может самопроизвольно уменьшиться и даже полностью исчезнуть.

Целью нашего исследования явилось установление дифференциально-диагностических критериев пиелозктазии и гидронефроза на основании определения параметров почечного кровотока и оценки состояния почечной паренхимы и ЧЛС.

Материалы и методы: Всего обследовано 98 пациентов с изолированной дилатацией лоханки в возрасте от 3 мес. до 14 лет. Изменения размеров ЧЛС выявлены внутриутробно — у 36 пациентов (36,6%), обнаружены случайно при плановом ультразвуковом обследовании (УЗИ) — у 62 детей (63,3%). При УЗИ мочеточниково-пузырных выбросов и при диуретическом УЗИ (ДУЗИ) использовали разработанные ранее методики.

Результаты исследований: При импульсной доплерометрии (ИДМ) гемодинамика не была нарушена — индекс резистентности (IR) на всех уровнях колебался в минимальных пре-

делах. Установлено достоверное повышение IR мочеточниково-пузырных выбросов во всех возрастных группах от 0,75 до 0,82-0,86 по отношению к показателям с контралатеральной стороны, где не наблюдалось расширения лоханки. Анализ проведенных исследований показал, что к возрасту 6 мес. у 6 детей (6,1%) лоханка сократилась, ее размеры соответствовали возрастной норме. К 1 году у 19 детей (19,5%) лоханка не превышала нормативные показатели, к 3 годам у 60 пациентов (66,1%) размер лоханки не превышал 4-5 мм. У трех пациентов зафиксировано увеличение поперечного размера лоханки от 8-10 мм до 18 мм. При проведении в дальнейшем хирургической коррекции установлено, что причиной обструкции во всех случаях являлся абберантный сосуд.

Таким образом, у детей раннего возраста пиелозктазия в подавляющем числе случаев является функциональным состоянием и не требует хирургической коррекции. При отсутствии изменений со стороны паренхимы, показателей почечного кровотока и анализов мочи, повышении IR мочеточниково-пузырных выбросов возможно динамическое наблюдение.

Стратегия и тактика ведения больных с тубулоинтерстициальными поражениями почек

А. А. ВЯЛКОВА, И. В. ЗОРИН, Л. М. ГОРДИЕНКО, А. И. БУРАКОВА

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава».

УДК 616.61

В последние десятилетия получено экспериментальное подтверждение первостепенного значения тубулоинтерстициального фиброза (ТИФ), как патоморфологической основы прогрессирования почечной недостаточности, и роли протеинурии в развитии ТИФ (Ridson R. A., Sloper J. S., Wardener H. E., 1968, Boble A., Muller G. A., Webrmann W. et al., Okon K.,

2003). Показано, что наиболее значимыми факторами неблагоприятного прогноза у пациента с тубулоинтерстициальным поражением почек (ТИПП) и различными формами гломерулонефрита (ГН) являются тубулоинтерстициальные изменения (Webrmann W., Boble A., Held H., Sebumm G., Kendziorra H., Presslar H., 1990).