

ЛИТЕРАТУРА

1. Джавад-Заде М.Д., Шимкус Э.М. Хирургия аномалий почек. — Баку, 1977. — 350 с.
2. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. — М., — 208 с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Гусев Б.С // Урол. и нефрол. — 1988. — № 4 — С. 3-7.
4. Соболевский А.Б. Сочетанные аномалии органов мочевой системы (Особенности клиники, диагностики, лечения) / Автореф. канд. дисс. — М., 1992. — 24 с.
5. Трапезникова М.Ф., Бухаркин Б.В // Актуальные вопросы урологии. — М., 1980. — С.5-13.
6. Campbell M.F. // Urology. — Philadelphia, 1970. — P. 5-11.

**ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

М.Ф. Трапезникова, А.Б. Соболевский, Д.В. Романов
МОНИКИ

В настоящей статье обобщен многолетний опыт урологического отделения МОНИКИ эндоскопической диагностики и лечения врожденных и приобретенных заболеваний нижних мочевых путей у больных детского возраста. Определены особенности эндоскопических манипуляций в детской урологии.

Несмотря на то, что применение инструментальных манипуляций, особенно в детской практике, нежелательно из-за инвазивности методов, в педиатрической урологии возникают ситуации, когда альтернатив эндоскопическим методам диагностики и лечения нет, либо они оказываются предпочтительнее.

Эндоскопические манипуляции у детей имеют свои особенности.

Обязательным является выполнение ультразвукового исследования как скрининг-метода. Рентгенурологическое обследование включает в себя обзорную и внутривенную урографию, цистоуретерографию с помощью рентгентелевизионной аппаратуры. При необходимости выполняется нефровазография. Как конечный этап диагностики выполняется эндоскопия и с лечебной целью применяется внутренняя оптическая электрорезекция, электроперфорация, контактная уретеронефролитотрипсия.

На основании 20-летнего клинического опыта эндоскопической диагностики и лечения врожденных и приобретенных заболеваний уретры, уретровезикальной области и мочевого пузыря выявлены особенности этих методов. К этим особенностям относятся:

- специфика нозологических форм, встречающихся у детей;
- анатомо-физиологические свойства пациентов с соответствующей величиной органов;
- необходимость оснащения специальным эндоскопическим инструментарием;
- выполнение эндоскопического вмешательства после комплексного обследования;
- наличие хорошей анестезиологической службы, так как все эндоскопические манипуляции требуют полноценного общего обезболивания;
- при необходимости объединение диагностической эндоскопической манипуляции с лечебной.

Все эндоскопические манипуляции у детей делятся на три группы: диагностические, диагностические в сочетании с лечебными и лечебные.

Эндоскопические манипуляции проводились нами при следующих заболеваниях мочеиспускательного канала:

- врожденные: клапаны уретры – 28 больных, гипертрофия семенного бугорка – 8, стеноз уретры – 1, урогенитальный синус – 1;
- приобретенные: посттравматическая стриктура уретры – 4 больных.

Во всех случаях с помощью эндоскопической электрорезекции успешно ликвидирована инфравезикальная обструкция, обусловленная наличием клапанов уретры 1-, 2- и 3-го порядков.

Гипертрофия семенного бугорка, как правило, сочетается с воспалением (колликулит). Лечебная тактика дискуссионна. Наш опыт показывает, что следует ограничиться консервативной терапией, так как уменьшающийся отек тканей и возрастные изменения просвета уретры и объема семенного бугорка приводят к самостоятельной ликвидации проявлений инфравезикальной обструкции. Диагноз устанавливается эндоскопически, электрорезекция не применяется из-за опасности повреждения или последующего рубцевания открывающихся на бугорке протоков.

Посттравматическая стриктура уретры у детей встречается редко. Больные поступают в клинику с цистостомой и рубцовым сужением заднего отдела уретры различной протяженности. При непротяженных стриктурах выполнены эндоскопические операции:

- эндоскопическая трансуретральная уретротомия с электрорезекцией рубцов;
- в одном случае успешно выполнена реканализация уретры с помощью гольмиевого лазера;
- с хорошим эффектом проводится эндоскопическая инъекция кеналога в зону резекции;
- врожденный стеноз уретры у одного больного ликвидирован двукратным бужированием.

Эндоскопическое выявление урогенитального синуса у больных с гипоспадией имеет значение для определения лечебной тактики. Перед уретропластикой необходимо удаление синуса из-за опасности его инфицирования. При невозможности удаления синуса уретропластику необходимо завершить отведением мочи путем цистостомии.

В диагностике склероза шейки мочевого пузыря (8 больных) цис-тоуретроскопия является ведущим методом. Оптимальным и единственно правильным методом лечения является трансуретральная резекция склерозированной шейки мочевого пузыря. В нашей практике у одного больного была выполнена эндоскопическая резекция эктопированного в шейку мочевого пузыря добавочного третьего яичка, имевшего вид воспаленного полипа и выполнявшего функцию инфравезикальной обструкции.

Для определения характера оперативного вмешательства редко удается эндоскопически выявить эктопированный в шейку мочевого пузыря мочеточник.

Эндоскопические манипуляции при истинном дивертикуле мочевого пузыря выполнены нами у 15 больных. Цистоскопия позволяет определить его локализацию и соотношение с устьями мочеточников. Эндоскопически проводится диагностика камней и инородных тел мочевого пузыря, которые могут удаляться с помощью экстрактора. Возможна эндоскопическая электрогидравлическая или механическая цистолитотрипсия.

Эндоскопически диагностировано уретероцеле (8 больных). При большой величине кисты, которая выполняет функцию инфравезикальной обструкции, в условиях обтурационного пиелонефрита первым этапом лечения выполняется эндоскопическая перфорация уретероцеле для скорейшей разгрузки верхних мочевых путей. В экстренных ситуациях при уретероцеле небольшой величины тактика та же.

Различные формы цистита, состояние устьев мочеточников при пузырно-мочеточниковом рефлюксе также диагностируются эндоскопически. Некоторые авторы используют в лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса эндоскопические инъекции тefлоновой пасты или коллагена в область устьев с хорошими результатами.

При мочекаменной болезни у детей старшего возраста применяется контактная уретеролитотрипсия и чрескожная нефролитолапаксия. Для восстановления функционального состояния почки эндоскопически устанавливается стент.

Эндоскопические методы диагностики инвазивны и показаны только тогда, когда исчерпан диагностический комплекс. Противопоказанием к эндоскопической диагностике являются острые воспалительные заболевания органов мочеполовой системы.

Эндоскопические методы лечения, как наиболее щадящие из инвазивных, абсолютных противопоказаний не имеют. В детской практике следует объединить диагностическую и лечебную манипуляцию.

За 20 лет клинической практики мы наблюдали 86 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет с врожденными и приобретенными заболеваниями нижних мочевых путей:

клапан уретры	28 детей
дивертикул мочевого пузыря	15 детей
склероз шейки мочевого пузыря	18 детей
гипертрофия семенного бугорка	8 детей
уретероцеле	8 детей
посттравматическая стриктура уретры	4 ребенка
шеечная эктопия мочеточника у мальчиков	2 ребенка
врожденный стеноз уретры	1 ребенок
урогенитальный синус	1 ребенок
эктопия добавочного третьего яичка в заднюю уретру...	1 ребенок

Всем больным с инфравезикальной обструкцией проведена эндоскопическая диагностика, совмещенная по показаниям с эндоскопической коррекцией обструкции. Остальным больным выполнена диагностическая эндоскопия с определением лечебной тактики.

Раннее использование эндоскопических методов диагностики привело к своевременному выполнению корригирующих операций, четкому определению дальнейшей тактики лечения в зависимости от формы заболевания и снижению инвалидизации примерно у 84% пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долецкий С.Я. Вопросы структуры и функции в педиатрической хирургии. – М., 1973.
2. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. – Киев, 1987.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А. Г. Руководство по детской урологии. – М., 1986.
4. Пугачев А. Г. Очерки по детской урологии. – М., 1993.
5. King R. Urologic surgery in neonates et young infants. – 1988.

**ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ МУЖСКОЙ ГИПОСПАДИИ**

М.Ф. Трапезникова, А.Б. Соболевский, Д.В. Романов
МОНИКИ

В настоящей статье обобщен многолетний опыт урологического отделения МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по лечению и предупреждению осложнений у больных, перенесших пластические операции по поводу различных форм гипоспадии. К осложнениям, возникающим в различные сроки после реконструктивно-пластических операций на уретре, относятся:

- рецидивный меатостеноз;
- рубцовая деформация полового члена и его искривление вследствие недостаточного иссечения эмбриональных «спаек»;
- свищи искусственной уретры;
- стриктуры;
- инородные тела неоуретры.

Сочетания гипоспадии с врожденной патологией органов мошонки и уретровезикальной области, как правило, проявляются с раннего возраста наличием мочевого синдрома, клиникой инфравезикальной обструкции, пиелонефрита.

Обязательным условием выполнения реконструктивно-пластических операций является достаточно высокая квалификация врачей и опыт в выполнении операций подобного рода, а также обеспеченность оборудованием для проведения необходимых лечебно-диагностических манипуляций.

В сомнительных случаях показано выполнение эндоскопических вмешательств. Главной особенностью этого метода обследования и лечения как у детей, так и взрослых, перенесших уретропластические операции, является то, что они выполняются на искусственной уретре в анатомически более сложных условиях.

Эндоскопическое дообследование и лечение пациентов проводилось цистоуретроскопом для детей младшего возраста Рихард Вольф ГмбХ (рег. номер 91/25), резектоскопом Рихард Вольф ГмбХ (рег. номер 91/29). При выполнении уретропластических операций использовался стандартный набор хирургического урологического инструментария, зарегистрированный в установленном порядке. В качестве шовного материала применялись: атравматичный кетгут (ТУ 9393-001-00480750-94, рег. номер 83/1010-6), кетгут (ТУ 9393-001-0048075094, рег. номер 84/1217-14). При наложении давящей повязки