

Целью нашей работы являлся анализ причин ОЗЯ. Для оценки причин ОЗЯ выделена группа из 200 детей в возрасте на момент операции от 8 до 15 лет. Все мальчики распределены на три группы в зависимости от времени, прошедшего после начала заболевания до выполнения операции (соответственно через 6 - 12 ч., 12 - 24 ч., более 24 ч.).

Послеоперационные результаты оценивались путем осмотра области мошонки (определение размеров и консистенции яичек), УЗИ мошонки (20 пациентов), оценки данных спермограмм – концентрация сперматозоидов в 1 мл менее 20 млн., морфологически нормальных сперматозоидов менее 50% (40 пациентов). Наиболее часто причиной ОЗЯ являлось поражение гидатид – у 937 детей (66,8%), острый орхоэпидидимит – у 345 (24,6%), перекрут яичка – у 55 (3,9%), травма мошонки – у 55 (3,9%), разрыв яичка – у 6 (0,43%), острый фуникулит – у 5 (0,37%). Всем детям была выполнена операция по экстренным показаниям – ревизия яичка. Отдельную группу составили мальчики, которым была по показаниям выполнена орхидэктомия – 17 детей (1,2%). Показанием к орхидэктомии служил тотальный некроз яичка; решение по каждому случаю принимал консилиум врачей.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА И ПИЕЛЭКТАЗИИ У ДЕТЕЙ

Е.А. Григорьева, П.В. Рылова
Кировская государственная медицинская академия,
Киров, Российская Федерация

Отдельные вопросы дифференциальной диагностики обструктивных уропатий с некоторыми схожими по проявлениям заболеваниями и состояниями, а также вопросы, касающиеся возможностей прогрессирования либо регрессирования гидронефротической трансформации у детей, в настоящее время изучены недостаточно. Сложные задачи дифференциальной диагностики пиелоектазии как 1 стадии врожденного гидронефроза (ВГ, самой распространенной обструктивной уропатии), с пиелоектазией как минорной аномалией мочевой системы, приходится решать скорее интуитивно, опираясь исключительно на личный врачебный опыт.

Нашему ретроспективному исследованию были подвергнуты истории болезни 93 детей с врожденным гидронефрозом 2-3 степени и 31 ребенка с пиелоектазией. Нами изучались особенности распределения антигенов главного комплекса гистосовместимости (HLA-комплекса), их фенотипических и гаплотипических комбинаций. Идентификации локусов HLA-A, HLA-B, HLA-C были проведены у 124 больных русской национальности от 5 до 15 лет в двухступенчатом микролимфоцитотоксическом тесте (Terasaki P., 1970), локуса HLA-DR и локуса HLA-DQ - в пролонгированном тесте полимеразной цепной реакции (ПЦР). CD22-лимфоциты для DR-типирования и DQ-типирования были получены путем фильтрации лимфовзвеси через нейлоновое волокно.

В группе больных с ВГ было установлено наличие достоверной положительной ассоциативной связи заболевания с присутствием в тканях индивидуумов антигена HLA-B8, HLA-DRB1*17(3), фенотипической комбинации антигенов HLA-B8-35 и гаплотипических комбинаций HLA-A1-B27, HLA-A2-B17, HLA-A2-B35. Носительство этих иммуногенетических предикатов увеличивало риск развития заболевания в 2,3 - 9,2 раза ($RR=2,3 - 9,2$). В ходе исследования была выявлена достоверная положительная ассоциативная связь с определенными иммуногенетическими параметрами и в группе больных пиелоектазией. Так, носительство антигена HLA-B8 и гаплотипических комбинаций HLA-A2-B17, HLA-A1B5 увеличивало риск развития этого состояния в 3,8–21,9 раза ($RR=3,8-21,9$).

Своеобразная иммуногенетическая характеристика детей с пиелоектазией, по сравнению с характеристиками больных с врожденным гидронефрозом, не позволяет считать ее у детей данного возраста первой стадией развития гидронефротической трансформации, но свидетельствует в пользу пиелоектазии, как самостоятельной нозологической единицы – минорной аномалии мочевой системы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РУБЦОВОГО ФИМОЗА С ПОМОЩЬЮ ЛОКАЛЬНОЙ pH – МЕТРИИ КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

С.В. Другов, И.С. Каменских
Тверская государственная медицинская академия,
Тверь, Российская Федерация

Различная степень выраженности воспалительных изменений в препуциальном мешке под действием лекарственных препаратов, свойств реактивности организма способна к прогрессированию или регрессии коллагенообразования, что во многом определяет лечебную тактику при фимозах у детей. Для прогнозирования развития рубцового процесса разработан и предложен тест определения локальной pH - метрии кожи полового члена и крайней плоти. За 2007-2008 год в урологическом кабинете поликлиники ДОКБ г. Твери проведено исследование pH кожи полового члена у 72 мальчиков (1296 измерений).

Методика исследования выполнялась с помощью прибора ацидогастромера АГМ – 03 и pH-метрического зонда. Нормальные значения pH кожи в пределах pH 4,5 – 6,0. Нарушение барьерных функций кожи, одной из которых является буферная система, приводит к снижению её сопротивляемости инфекции, воспалению и рубцеванию. Нами обследованы пациенты с рубцовым фимозом (основная группа) и дети с полностью открытой головкой полового члена (контрольная группа). Измерение pH проводилось в точках: А- абдоминальная точка; Р- область пахового складки; D- дорзальная поверхность полового члена в средней трети; F- область суженного кольца; Рr-внутренний листок крайней плоти; С- область головки полового члена.

Полученные результаты показали достоверные различия значений pH кожи в А и D точках у больных с рубцовым фимозом в сравнении со здоровыми детьми. Установлено, что рубцовый процесс в препуции развивался при pH кожи < 1 в дорзальной точке (D) и < 3,1 в абдоминальной точке (А) – 3 пациента. Напротив, при значениях pH кожи > 1 в дорзальной точке и > 3,1 в абдоминальной точке не зарегистрировано спаечного процесса в препуции.