

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%).