

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.