

При сохраненной гонаде и отсутствии сомнений в ее жизнеспособности фиксация осуществлялась после деторсии, при сомнительных случаях - спустя 5 - 6 суток по уменьшении отека мягких тканей. Сроки фиксации контралатеральной гонады определялись индивидуально.

При проведении операций на пораженной гонаде у 6 из 8 пациентов (75%) были выявлены причины заворота: интравагинальное положение яичка - 3, отсутствие нижней связки придатка - 2, сочетание указанных факторов - 1.

При фиксации контралатеральных гонад анатомические дефекты выявлены у 7 из 14 больных (50%): интравагинальное положение яичка - 4, отсутствие нижней связки придатка - 2, сочетание указанных факторов - 1.

Таким образом, фиксация яичка является важным компонентом лечения больного с торсией гонады и имеет анатомическое обоснование.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОЦИСТИС ПУТЁМ ГИДРОДИЛАТАЦИИ

И.И. Ямалиева

**Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация**

С целью стимуляции нарастания объёма мочевого пузыря (МП) у больных с микроцистис разработан способ гидродилатации мочевого пузыря.

Суть способа заключается в том, что под обезболиванием производится ретроградная цистометрия с определением объёма МП, значений внутрипузырного давления и уретрального сопротивления. Затем в полость МП устанавливается гидродилататор. Баллончик катетера Фолея заполняется 5 мл раствора фурациллина для удержания гидродилататора в полости МП. При выполнении гидродилатации баллон гидродилататора фракционно (по 5, 10, 20 или 25 мл) заполняется раствором фурациллина с помощью шприца. После каждой порции жидкости проводится прямое измерение внутрипузырного давления.

На начальном этапе баллон заполняется в режиме ретроградной цистометрии. Затем путём создания избыточного давления в полости баллона гидродилататора осуществляется собственно гидродилатация МП.

При этом, в зависимости от степени растяжимости детрузора, отмечается постепенное снижение внутрипузырного давления. При достижении стабильных показателей объёма и внутрипузырного давления в пределах от 100 до 200 мм рт. ст. гидродилатация прекращается. Операция гидродилатации завершается видеоцистоуретрографией.

В результате проведённой гидродилатации дефицит объёма мочевого пузыря удалось существенно снизить с $161 \pm 1,7$ до $44 \pm 0,9$ мл. Эффект расширяющего воздействия ($V=117 \pm 3,6$) гидродилатации был статистически достоверным ($p < 0,05$).

Контрольное исследование объёма МП проведено и на отдалённых сроках от 6 до 12 месяцев после выполнения гидродилатации. Дефицит объёма МП у больных с гидродилатацией (основная группа) - $24 \pm 1,6$ мл, без гидродилатации - $116 \pm 2,8$.

Как видно из результатов, через 6-12 месяцев после осуществления гидродилатации происходит достоверное снижение объёма, т.е. более интенсивное увеличение объёма МП.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНО УСТАНОВЛЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Н.Б. Афлатонов

**Казахский национальный медицинский университет,
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Алматы, Казахстан**

За период с 2006 по 2008 г. на клинической базе кафедры в Научном центре педиатрии и детской хирургии находилось на обследовании и лечении 46 детей с периода новорожденности до 6 месяцев с врожденным пороком развития мочевыводящей системы - гидронефрозом. У всех детей антенатально была диагностирована вышеуказанная патология.

После рождения они были госпитализированы в отделение новорожденных. Мальчиков было больше - 32 (69%). В комплекс клинико-инструментального обследования входили: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ почек и рентгеноурологическое исследование (экскреторная урография и микционная цистография). По результатам обследования дети были распределены по трем группам: I-я - гидронефроз 1 степени (30), II - я - гидронефроз 2-3 степени (9), III-гидронефроз 3-4 степени (7 детей). Дети из всех групп получали консервативное лечение.

В комплекс консервативной терапии входили: метаболитная терапия, физиотерапия, массаж пояснично-крестцового отдела, мышц тазового дна, уросептики и лечение сопутствующих (неврологической и соматической) патологий. Оперативному вмешательству подверглось 16 (35%) детей в возрасте с периода новорожденности до 6 месяцев.

Показаниями к оперативному вмешательству были: нарастающая в динамике обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента, неподдающийся консервативному лечению мочевой синдром. Были применены следующие методы операций: пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по Хайнесу - Андерсену - Кучеру (10 детей, 62%), чрескожнопункционная нефростомия (ЧПНС) - 5 (32%) больных, нефроэктомия (1 ребенок с терминальным гидронефрозом, 6%). Осложнения после операций не наблюдались.

Таким образом, наиболее оптимальные сроки проведения реконструктивно - пластических операций по Хайнесу - Андерсену - Кучеру - от периода новорожденности до 3-х месяцев, ЧПНС - период новорожденности, нефроэктомии - от 1 до 3 месяцев.