

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%), преэклампсией – 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%), Козна – 7 (32%), Жиль-Вернета – 3 (14%). Чаще всего операция уретероцистостомии выполнялась по методу Политано-Лидбеттеру и Козна – 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 водяного мешка. Электроножом пересекают 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 водянистой 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 парастигулярного рубцевания у 7 детей (87,5%), по сравнению с ГКС – у 3 пациентов (43%).

Заключение. Указанная методика позволяет исключить патологическое рубцевание и спайкообразование между подвернутыми краями влагалищной и белочной оболочкой яичка, поскольку ориентация стенок влагалищной оболочки наружу исключает ее контакт с белочной оболочкой яичка, сохраняет нормальное скольжение яичка, восстанавливает дренажную функцию мошонки.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

У.А. Сёмина

**Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация**

Проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) в настоящее время остается актуальной. Общеизвестно, что ПМР становится причиной хронического пиелонефрита, а нередко - гидроуретеронефроза и хронической почечной недостаточности. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 4-5 степени лишает надежды на его исчезновение в результате какого-либо консервативного лечения. Результаты оперативного лечения ПМР довольно противоречивы. Положительные исходы колеблются от 25 до 100, а отрицательные - от 2 до 100%. Сохраняя естественное мочеточниково-пузырное соустье при создании клапанного антирефлюксного механизма, формируем внутривульварный отдел рефлюксирующего мочеточника из слизисто-подслизистого лоскута стенки мочевого пузыря в направлении к противоположному устью. Подслизистый отдел мочеточника формируется по типу операции Дюпеля при гипоспадии. Этот способ оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса признан изобретением и запатентован (П.И. Чумаков, А.П. Татаркин, 27.10.99 г. №2140210). Мы проследили результаты оперативного лечения ПМР 4 - 5 степени в сроки от 6 месяцев до 12 лет. При ПМР 4 степени оперировано 53 больных в возрасте от 1 года до 18 лет. Мальчиков - 9, девочек - 44. По поводу ПМР 5 степени оперировано 18 детей. Мальчиков - 10, девочек - 8. Стеноза искусственного устья не было обнаружено при обследовании ни у одного больного. Хорошие результаты обнаружены у всех обследованных больных. Результаты ВПМ при ПМР 4 степени: «хорошие» - 91,6% (исчезновение ПМР, ликвидация пиелонефрита, улучшение секреторно-выделительной функции почки, восстановление уродинамики на стороне операции), «удовлетворительные» - 7,1% (снижение степени ПМР до первой, улучшение уродинамики и секреторно-выделительной функции почки, отсутствие атак острого пиелонефрита), рецидивы ПМР - 1,1%.

Таким образом, предлагаемая оперативная коррекция 4 - 5 степени ПМР у детей дает хорошие результаты лечения и может быть рекомендована для широкого применения в детских урологических отделениях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

А.В. Суходоев, М.Ю. Ладоша

**Кировская государственная медицинская академия,
Киров, Российская Федерация**

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей – патология часто встречающаяся. На современном этапе в связи с объективным улучшением диагностики данного заболевания, вопросы его лечения становятся все более актуальными.

В детской хирургической клинике Кировской ГМА и ранее использовались методы щадящего лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса. С 2004 года в нашей клинике стала применяться методика эндоскопической коррекции данной патологии с помощью диспергированного аллопланта. За этот период было прооперировано 76 детей от 2 до 16 лет, из них 21 – эндоскопически. Использованный нами диспергированный аллоплант ТУ 42-2-537-2002 был изготовлен ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», ГОСТ Р 50444-92, на основании протоколов испытаний №905/37.2 от 16.06.2006 ИЦ МИ АНО «ВНИИИМТ». Аллоплант изготовлен из аллогенных тканей, прошедших физико-химическую обработку и подвергнутых радиационной стерилизации, обладает низкой антигенностью и выраженной стимуляцией регенерации, что обеспечивает селективный рост тканей реципиента и предотвращает рубцевание в зоне трансплантации.

Вторичный пиелонефрит с сохранной функцией почек документированно осложнял течение основной патологии в 82% случаев. В качестве уропатогенов были выделены (в порядке уменьшения частоты встречаемости) различные штаммы стафилококков, кишечная палочка, энтерококк, синегнойная палочка, протей, серрация. За указанный выше период 21 детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (86% из них составляли девочки, ранее неоднократно лечившиеся по поводу хронического цистита), была выполнена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса II-III степени. С этой целью при выполнении цистоскопии под устье пораженного мочеточника (односторонний процесс) вводилось 1-2 мл разведенного порошкообразного диспергированного аллопланта.

Во всех случаях были прослежены катamnестические результаты эндоскопической коррекции рефлюкса. В 1 случае отсутствие положительной динамики течения заболевания обосновало целесообразность повторной эндоскопической коррекции рефлюкса. В 1 случае усугубление клинико-лабораторных характеристик и степени пузырно-мочеточникового рефлюкса обосновало целесообразность проведения открытой антирефлюксной операции по Козну.

Таким образом, наш опыт применения диспергированного аллопланта для эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей представляется перспективным направлением научно-практических изысканий. Эффективность данного метода (90%) свидетельствует в пользу необходимости его использования во внушительном арсенале лечебных методик у больных данной категории.