

ются в пожизненной терапии препаратами фосфора и активными метаболитами витамина D. Выживаемость пациентов с гипофосфатемическим рахитом,

рассчитанная по методу Kaplan-Meier (1958) составила: 5-летняя — 100%, 10-летняя — 100%, 20-летняя 100%.

ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 1–2, 4, 5 ТИПОВ У ДЕТЕЙ

© Н. В. Нечепоренко, Н. М. Калинина, Н. Д. Савенкова

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Лаборатория клинической иммунологии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины, Санкт-Петербург

ЦЕЛЬ

Исследование клинических проявлений, иммунного статуса, особенностей течения гломерулонефрита (ГН), ассоциированного с герпес-вирусной инфекцией 1, 2, 4, 5 типов у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 30 пациентов с ГН, ассоциированным с вирусами герпеса (HSV1,2, VEB4, CMV5-типов). Применены иммуносерологический, иммуногистохимический, иммуноцитохимический, молекулярно-биологический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 30 пациентов с ГН, ассоциированным с вирусами герпеса, девочек — 13 (43%), мальчиков — 17 (57%), в возрасте 1 мес. — 5 лет (34%), 6–10 лет (27%), 11–17 лет (39%). Из 30 пациентов диагностированы врожденный и инфантильный нефротический синдром (НС) у 5 (17%); НС у 8 (27%); хронический ГН с протеинурией, гематурией, артериальной гипертензией у 16 (53%); ГН с протеинурией у 1 (3%). По результатам биопсии почек у пациентов диагностирован мезангио-пролиферативный ГН у 7 (23%), мембранозно-пролиферативный ГН у 7 (23%), минимальные изменения у 2 (7%), ФСГС у 2 (7%). Иммуногистохимическое исследование, выполненное на парафиновых срезах с использованием моноклональных антител к вирусам HSV1,2, VEB4,

CMV5-типов, подтвердило вирусную ассоциацию у 13 пациентов. У 30 пациентов в 100% случаев иммуносерологическими методами подтверждена герпес-инфекция 1, 2, 4, 5 типов. Из 30 пациентов выявлены моноинфекция у 12 (40%), ассоциированная с 2 видами вирусов (HSV1,2+CMV; VEB+HSV1,2; CMV+VEB) у 6 (20%), с 3 видами вируса герпеса (HSV1,2+CMV+VEB) у 12 (40%). У 8 (27%) из 30 детей диагностировано вторичное иммунодефицитное состояние. Из 30 детей с ГН 19 (63%) получали преднизолонотерапию в комбинации с противовирусной (ацикловир, зовиракс, цимевен), 7 (23%) гормональную и цитостатическую терапию, 4 (13%) противовирусную и иммуностимулирующую. В 100% пациенты получали курсы виферона или реоферона, циклоферона, полиоксидония. В результате противовирусной и иммуномодулирующей терапии отмечены положительная динамика заболевания из 30 у 19 пациентов (63%) с исходом в полную и неполную ремиссию, без исхода в ремиссию у 7 (23%), прогрессирование в хроническую почечную недостаточность у 4 (13%).

ВЫВОДЫ

У 30 пациентов с ГН, ассоциированным с герпес 1–2,4,5 типов, установлены гормонорезистентность в 60%, цитостатикорезистентность (при терапии у 7 детей), положительная динамика в результате противовирусной и иммуностимулирующей терапии в 70% случаев.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

© И. Б. Осипов, В. В. Бурханов

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра урологии

Под термином энурез (*enuresis*) принято понимать все виды недержания мочи. При тяжелых формах недержания мочи резко нарушена социальная

адаптация ребенка и снижено качество жизни, что обуславливает актуальность изучения данной проблемы. При некоторых формах недержания мочи

разработаны эффективные консервативные мероприятия. При выраженном нарушении анатомических структур и функциональных характеристик мочевых путей становятся необходимыми хирургические методы коррекции.

Причинами наиболее тяжелых форм недержания мочи у детей являются две группы аномалий: врожденные пороки развития органов мочевой системы (экстрофия, эписпадия, урогенитальный синус, свищи, внепузырная эктопия мочеоточника) и нейрогенные причины (пороки развития, травмы, органические и дегенеративные поражения нервной системы, опухоли ЦНС и таза).

За период 1995–2010 годы мы наблюдали 151 ребенка от 16 дней жизни до 18 лет с тяжелыми формами недержания мочи. У 96 пациентов причиной недержания мочи являлась экстрофия мочевого пузыря, у 21 — тотальная эписпадия и у 34 — нейрогенные дисфункции. Стандартной операцией у детей с экстрофией и эписпадией является операция Янга–Диса–Лидбеттера. Принцип этой операции, заключающийся в удлинении и сужении мочеиспускательного канала при помощи треугольных ло-

скутов, применим и при нейрогенных нарушениях. В настоящее время популярны также операции внутрипузырного удлинения уретры (Кроппа, Пиппи–Салье). Было проведено 152 операции Янга–Диса. Положительный эффект операции (удержание мочи) достигнут в 84% случаев. Выполнение операции Кроппа (11 пациентов) позволило устранить недержание мочи у 8 детей. Петлевая пластика используется для изменения пузырно-уретрального угла, что приводит к относительному удлинению уретры, увеличению уретрального сопротивления, в том числе при увеличении абдоминального давления. В нашей клинике использование слинговых вмешательств в 36 случаях позволило улучшить результат в 70%. Материалом для слинга послужили участки апоневроза наружной косой мышцы живота или искусственные материалы (пролен, викрил). Эндоскопические методики предполагают применение формообразующих имплантатов (bulking agents) для улучшения смыкания просвета уретры и усиления уретрального сопротивления. Использование эндоскопической пластики у 42 детей в нашей клинике дало положительные результаты.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

© И. Б. Осипов, Д. Е. Красильников, Е. В. Соснин, С. А. Сарычев

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра урологии

Принцип Митрофанова в настоящее время стал широко распространенным, эффективным методом достижения континенции.

ЦЕЛЬ

Изучение результатов операции Митрофанова в лечении детей с пороками развития мочевой системы и нейрогенным мочевым пузырем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1999 по 2009 г. 78 пациентам сформирована катетерируемая стома по Митрофанову как часть реконструктивного вмешательства в хирургической коррекции комплекса экстрофии-эписпадии (52), нейрогенного мочевого пузыря (24), урогенитального синуса (2). Возраст больных: от 5 месяцев до 17 лет ($7,1 \pm 2,9$). Создание «сухой» самокатетерируемой везикостомы сочеталось с аугментационной кишечной цистопластикой у 60 детей, операциями на шейке и уретре — у 67. Для создания стомы

использовался аппендикс в 65 случаях, сегмент подвздошной кишки — в 12 и мочеоточник — в 1. У 33 детей (с экстрофией мочевого пузыря) стома выведена в искусственно сформированный пупок, у 24 — в пупок, у 21 — в правую подвздошную область.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Период наблюдения составил от 5 месяцев до 11 лет ($3,4 \pm 2,9$). Отдаленные результаты: стомы функционируют у 72 из 78 пациентов. Хороший уровень континенции мочи достигнут у 64 больных. Стеноз кожного отдела стомы отмечался у 22 пациентов, у 15 из них потребовалась хирургическая реконструкция, у 4 — бужирование и продленное стентирование. Нарушение проходимости везикостомы на уровне внутреннего отверстия наблюдалось у 4 больных, что потребовало оперативного лечения. Подтекание мочи через везикостому отмечено у 6 пациентов, в связи с чем произведена коррекция, в