

УЗИ органов брюшной полости: печень — уплотнения по ходу портальной вены, печеночных вен. Желчный пузырь изогнут (перегибы в области нижней трети тела, шейки), эхогенность стенок повышена, утолщение до 1,5 мм, содержимое с эхогенной взвесью.

Клинический диагноз: ювенильный анкилозирующий спондилоартрит высокой активности, периферическая форма, нарушение функции 1—2-й степени, медленно прогрессирующее течение с периодами обострения; правосторонний сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника II степени; катаральный рефлюкс-эзофагит; хронический реактивный гастродуоденит, период обострения; дуоденогастральный рефлюкс; хронический холецистохолангит, период ремиссии; миопия средней степени; железодефицитная анемия средней степени.

Лечение включало сульфасалазин, пироксикам, кетопрофен, местную противовоспалительную терапию. Несмотря на терапию, самочувствие и общее состояние больного не улучшились, присоединились жалобы на боль в спине и стопах. В динамике размер обоих коленных суставов увеличился, появилось ограничение движения в суставах. 28.10.05 в связи с потерей терапевтической эффективности было решено отменить базисную терапию, назначить метотрексат и сменить НПВС. В правый коленный сустав введен триамцинолон (кеналог). После смены базисной терапии пациент отметил уменьшение болей в пяточных областях, однако отечность обоих голеностопных суставов сохранялась.

С учетом торпидного течения заболевания, прогрессирования явлений кахексии был проведен курс в/в терапии ГКС. Выполнено 5 пульсов метилпреднизолоном по 500 мг с последующим его приемом в дозе 12 мг/сут внутрь. После курса метилпреднизолона больной почувствовал улучшение самочувствия, объективно размер коленных и голеностопных суставов уменьшился, движения в них и плечевых суставах восстановились в полном объеме, стали безболезненными, снизилась активность процесса по данным анализа крови.

Таким образом, лечение больных с ЮАС требует индивидуального подхода и тщательного подбора лекарственных средств с учетом анализа проводимой ранее терапии. Исключено возвращение к средствам, оказавшимся неэффективными при лечении ЮАС у данного больного. Отмена гормонально-цитостатической терапии должна быть четко обоснованной с целью предупреждения возникновения рецидива и утяжеления течения заболевания.

УДК 616. 6 — 053. 2 — 072. 1

Р.С. Байбиков, А.А. Ахунзянов, Ш.К. Тахаутдинов (Казань). Возможности эндоскопической коррекции некоторых урологических заболеваний у детей

Применительно к детям, особенно к новорожденным и младшего возраста, многие вопросы эндоурологической лечебной тактики остаются нерешенными и дискуссионными.

Целью данного исследования являлась оценка возможности эндоскопической коррекции наиболее частых урологических заболеваний у детей.

За период с 1990 г. нами в урологическом отделении ДРКБ МЗ РТ проведено более 3 тысяч эндоскопических лечебных вмешательств. Баллонная дилатация лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) была выполнена баллонным дилататором фирмы "СООК" у 3 девочек по поводу гидронефроза III стадии. У одной из них вмешательство завершено установкой мочеточникового стента. У 59 детей с обструктивными нарушениями уродинамики на уровне мо-

четочниково-пузырного сегмента (МПС) проведены 72 успешные эндоскопические дилатации с использованием баллонного дилататора и комплекта уретеродилататоров. Оперативное вмешательство осуществлялось под рентгенологическим и/или ультразвуковым контролем и заканчивалось дренированием мочеточника и мочевого пузыря от 5 до 14 суток на фоне противовоспалительной и противорубцовой терапии. Эндоскопическое рассечение уретероцеле производилось у 64 больных (73 мочеточника).

Эндоколлаgenoпластика устья мочеточника была выполнена нами у 114 детей (155 мочеточников). Коллагеновую пасту вводили под слизистую оболочку вколom иглы во внутреннюю поверхность медиальной дужки зияющего устья мочеточника. При неполном смыкании устья ее вводили в латеральную дужку. Объем имплантата варьировал от 0,8 до 4,0 мл. Подобная технология оказалась эффективной и при лечении некоторых форм недержания мочи, особенно у детей, ранее перенесших травматичные операции по поводу экстрoфии мочевого пузыря. Коллагеновую пасту вводили под слизистую оболочку шейки мочевого пузыря и области мембранозного отдела уретры с нескольких вколов объемом от 4 — 6 до 14 мл. Успешные результаты получены у 6 детей после цистуретропластики по поводу экстрoфии мочевого пузыря, у 2 детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря и у одного ребенка после уретропластики по поводу тотальной эписпадии уретры.

Эндоурологическое лечение обструкции пузырно-уретрального сегмента (ПУС) было проведено у 193 (32,9%) детей. Активное использование эндоскопии в диагностике и лечении обструкции ПУС позволило отказаться от открытых оперативных вмешательств с резекцией зоны поражения. У 42 детей с клапаном задней уретры выполнено эндоскопическое его рассечение. У 98 из 149 больных со стенозом различных отделов уретры была произведена эффективная трансмеатальная дилатация механическим уретеродилататором и у 50 — трансвезикальная дилатация инструментами оригинальной конструкции А.А. Ахунзяновым под контролем уретроскопии до и после выполнения процедуры. За последние 20 лет под нашим наблюдением находилось более 300 детей с камнями почек и мочевых путей. Чаще всего нами удалялись камни (56,9%) и инородные тела (29,6%) из мочевого пузыря и уретры.

Об актуальности травматических повреждений уретры свидетельствуют увеличение числа больных со стриктурами уретры, большая частота таких осложнений, как рецидивы стриктур, недержание мочи, импотенция, хроническая почечная недостаточность, высокий процент инвалидизации. При неполных разрывах удается дренировать уретру и избежать таким образом травматичных операций и таких не менее грозных послеоперационных осложнений, как мочева-я инфильтрация, стриктура. Короткие посттравматические стриктуры уретры поддаются эндоскопической туннелизации (у 4) и резекции (у 18).

Таким образом, эндоурологические методы лечения являются высокоэффективными и менее травматичными у детей. Для них характерны быстрое выздоровление, обеспечивающее резкое сокращение сроков лечения больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, клапаном задней уретры, уретероцеле, мочекаменной болезнью и инородными телами мочевой системы. Эндоурологические методы позволяют успешно лечить многие обструктивные заболевания мочевой системы у детей, включая травматические стриктуры уретры, с возможностью повторных вмешательств без риска для больного.