

выявлена в подслизистом отделе и во внутримышечном отделе – у 22% пациентов. В остальных случаях профилометрических признаков обструкции УВС не было. У пациентов с локализацией зоны обструкции в подслизистом отделе УВС выполнена трансуретральная уретеротомия с последующей установкой буж-стента диаметром 8-10 Ch. При локализации зоны обструкции во внутримышечном отделе УВС проведена методика трансуретральной уретеропластики с бужированием мочеточника и установкой буж-стента размером 8-10 Ch.

В периоде 2007-2008 года нами у 18 пациентам после восстановления проходимости УВС был установлен манжетный стент диаметром 5/8 Ch. позволяющий исключить недостатки стентов стандартной конфигурации. При контрольном обследовании пациентов, которым проведен второй этап эндоскопического лечения удовлетворительные результаты получены в 83% случаев.

Таким образом, последовательность применения и выбор методов эндоскопического восстановления уродинамики широкого мочеточника, позволяют повысить эффективность эндоскопического лечения до 86%.

Сравнительная оценка нарушений синтеза половых гормонов и степени варикоцеле у детей и подростков

Бондар З.М., Страхов С.Н., Косырева Н.Б.

ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии», г.Москва.

Введение. Исследованиями последних лет установлено, что ведущую роль в генезе левостороннего варикоцеле играет компрессия левой почечной вены в аорто-мезентериальном «пинцете» с формированием ретроградного тока крови из левой почечной вены через яичковую вену в гроздевидное сплетение яичка с последующей дилатацией этих вен с развитием левосторонней флореногипертензии.

Материалы и методы. Под местной анестезией с внутривенной седацией раствором дормикума, катетер через правую бедренную вену проводили вначале к устью правой яичковой вены, затем в левую внутреннюю подвздошную вену и забирали кровь, оттекающую от яичек для исследования. Определяли содержание 17 бета-эстрадиола, тестостерона, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ) и пролактина. Нами выполнены исследования половых гормонов отдельно от правого и левого яичка у больных второй (n-3) и третьей степенью варикоцеле (n-23).

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что уровень содержания 17-бета-эстрадиола (женского полового гормона) в крови, оттекающей из левого яичка у больных второй степенью варикоцеле был более чем в полтора раза выше, чем в крови от правого яичка, соответственно слева $35,3 \pm 18,7$ ммоль/л и справа $-20,2 \pm 3,9$ ммоль/л, а у больных третьей степенью варикоцеле еще выше, то есть от левого яичка $46,8 \pm 14,6$ и правого $27,58 \pm 8,6$ ммоль/л. Содержание тестостерона у больных второй степенью варикоцеле слева было снижено, хотя величины его находились в пределах нормы.

Содержание ФСГ в крови, оттекающей от левого яичка у больных второй степенью варикоцеле было в пределах нормы, а при третьей степени варикоцеле установлено превышение нормативных величин: слева – на 23% составило $3,28 \pm 0,61$ ммоль/л, а справа увеличение было более значительным – на 90% и составило $5,06 \pm 0,09$ ммоль/л.

Уровень содержания ЛГ у всех больных оказался ниже нормы, т.е. менее 8×10^0 ммоль/л. У больных третьей степени снижение составило около 1/4, а у больных второй степенью варикоцеле снижение в крови от правого яичка было более чем на 1/3 и составило $5,2 \pm 1,2$, а от левого яичка снижение более чем на 2/3 и составило $2,62 \pm 1,45$ ммоль/л.

Содержание пролактина в крови, оттекающей от яичка, было ниже, чем от правого у всех больных. У больных второй группы снижение содержания пролактина было на 29% и со-