

пучки гладкомышечных клеток подвержены выраженным дистрофическим процессам, складывающимся из следующих изменений – межклеточный отек, гидropическая дистрофия гладкомышечных клеток, перинуклеарное просветление и вакуолизация цитоплазмы, выраженный кариолизис вплоть до некробиоза и некроза миоцитов. Анализ морфологических заключений выявил перимускулярный склероз, склероз и атрофию гладких мышц и дискомплектацию мышечных волокон, что свидетельствует о необратимом характере изменений пузырно-мочеточникового сегмента и объясняет отсутствие эффекта ранее выполнявшейся коллагенизации.

Заключение. Результаты, полученные нами, характеризуют эндоскопический метод лечения ПМР у детей с положительной стороны.. Различные модификации эндоскопической коррекции врожденного ПМР, несомненно, расширяют возможности лечения ПМР и диктуют проведение дальнейших исследований в этом перспективном направлении. Использование эндоскопических и уродинамических методов обследования позволяет прогнозировать развитие и контролировать течение пузырно-мочеточникового рефлюкса 2-3 степени у детей при применении в качестве коррекции порока эндоскопической коллагенопластики и модифицированного внутривезикулярного трансуретерального способа.

Кишечная деривация мочи у детей

Коварский С.Л., Меновицкова Л.Б., Николаев С.Н.
Кафедра детской хирургии РГМУ. г. Москва.

В клинике детской хирургии РГМУ на базе ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова с 1980 по 2002 годы наблюдалось 83 ребенка с пороками развития и заболеваниями нижних мочевых путей, проявлявшимися тотальным недержанием мочи, которым была выполнена инкорпорация мочевой системы в непрерывную кишечную трубку или в изолированный кишечный сегмент.

Минимальный возраст пациентов был 16 дней, максимальный - 13,5 лет. Большинство больных было с экстремисией мочевого пузыря. До 1992 года 45 детей было создано прямое соединение мочевых путей с кишечной трубкой. Оперативное внедрение мочевой системы в желудочно-кишечный тракт производилось различными методами (Гудвин, Коффи, Коффи в модификация клиники, Лидбеттер, Майдль, Матиссен). Контрольные исследования в отдаленный период показали, что положительные результаты составили чуть более четверти (28,3%). Количество осложнений и неудовлетворительных результатов не позволяет использовать прямую уретеросигмостомию как метод кишечной деривации, обеспечивающий надежное удержание и адекватную эвакуацию мочи.

11 больных (7 мальчиков и 4 девочки) был создан искусственный мочевой резервуар. Тонкокишечные резервуары сформированы по методикам Кока и Паркса. Толстокишечный мочевой резервуар по Мансону создан 4 детям. Самым важным этапом при создании искусственного пузыря является правильное формирование удерживающей манжеты в афферентном (приводящем) и, особенно, эфферентном (отводящем) коленах.

19 детям при инкорпорации мочевой системы в кишечник был разделен ток мочи и кала. Главным принципом при разработке и внедрении в клиническую практику метода уретеросигмостомии было полное исключение контакта кишечного содержимого с областью соединения мочевых путей и толстой кишки. Суть метода заключается в возможности максимального разделения тока мочи и кала, используя в качестве буфера (демпфера) тонкокишечную вставку с антирефлюксным механизмом между мочевыми путями и толстой кишкой. Соустье мочеточника с тонкой кишкой тоже должно подкрепляться надежным антирефлюксным механизмом и не быть склонным к образованию стеноза. Разработанный в нашей клинике метод "двойной тоннелизации" способствовал решению и этой задачи.