

Морфологический субстрат дисплазии почки составляет определенный набор облигатных признаков к которым относятся: участки гиалинового хряща в паренхиме, групповое расположение порочно сформированных артериол и эмбриональных гломерул, наличие примитивных канальцев и протоков, кисты, значительное количество эмбриональной недифференцированной ткани ("мезенхимоз"), малое количество клубочков (олигонефрозия). Электронномикроскопически выявляются признаки порочного развития гломерул в виде отсутствия четкой дифференциации подоцитов, эндотелиоцитов и мезангиоцитов, укороченные отростки подоцитов, значительное количество мезангиального матрикса, отсутствие трехслойной структуры мембран, синусоидальное расширение расположенных группами капилляров. Исходом указанных изменений является хроническая клеточная гипоксия со всеми вытекающими последствиями.

В той или иной степени дисплазия почек сопровождается практически все пороки развития мочевой системы, но наиболее выражена у детей с мегауретером. Быстрое функциональное разрушение паренхимы почек у этих детей на фоне нарушенной уродинамики обуславливает необходимость не только ранней оперативной коррекции порока, но и проведения мероприятий по восстановлению клеточной энергетики, одним из которых является гипербарическая оксигенация.

Ультразвуковой скрининг контроля качества и возможных осложнений эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей

Павлов А.Ю., Маслов С.А., Поляков Н.В., Демин А.И., Павлова М.К.

ФГУ "Научно-исследовательский институт урологии Росмедтехнологий", г. Москва.

Введение. Эндоскопическая коррекция является активно используемым методом лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей и во многих случаях является альтернативой антибактериальной профилактике и открытым операциям. При катанестическом обследовании больных наряду с цистографией и радиоизотопным исследованием функций почек используются ультразвуковые методы исследования (УЗИ). Целью исследования явилось изучение роли и возможностей УЗИ после эндоскопической коррекции ПМР у детей.

Материалы и методы. С 2000г. мы применили эндоскопическую коррекцию ПМР с использованием коллагена у 380 детей (609 мочеточников). Возраст пациентов варьировал от 3 мес. до 17 лет. Контрольное скрининговое ультразвуковое исследование проводилось на следующие сутки после операции и через 3, 6, 12 мес. после оперативного лечения. УЗИ почек и мочевого пузыря мы выполняли на аппарате PHILIPS SONODIAGNOST-360.

Результаты. Ультразвуковой скрининг в послеоперационном периоде позволил нам выявить наличие и степень дилатации собирательной системы почки при обструкции мочеточника после инъекции коллагена, динамику состояния паренхимы почки при развитии послеоперационного пиелонефрита, оценить выраженность инфильтрации стенки мочевого пузыря при развитии цистита. Особое внимание мы уделяли УЗ-картине мочевого пузыря с контролем состояния подслизистого коллагенового болюса (расположение, форма, динамика объема). В ряде наблюдений было отмечено уменьшение или исчезновение коллагенового болюса при УЗ-локации. В этих случаях на цистограммах как правило выявлялся рецидив ПМР.

Заключение. Ультразвуковые методы диагностики играют основную роль в алгоритме катанестического обследования больных ПМР после эндоскопического лечения. Это обусловлено высокой информативностью УЗИ в отношении состояния верхних мочевых путей и паренхимы почек, динамики состояния паренхимы почки при развитии послеоперационного пиелонефрита, оценке выраженности инфильтрации стенки мочевого пузыря при развитии цистита. Особое внимание мы уделяли УЗ-картине мочевого пузыря с контролем состояния подслизистого коллагенового болюса (расположение, форма, динамика объема). В ряде наблюдений было отмечено уменьшение или исчезновение коллагенового болюса при УЗ-локации. В этих случаях на цистограммах как правило выявлялся рецидив ПМР.