

Материалы и методы. С 2000г. мы применили эндоскопическую коррекцию ПМР у 380 больных (609 мочеточников). В качестве имплантата нами использован 7% коллаген. Объем инъецируемого коллагена составлял от 0,2 до 3,0 мл. Возраст пациентов варьировал от 3 мес. до 17 лет. Операция выполнялась под интубационным или внутривенным наркозом. Средняя продолжительность вмешательства составила 12 мин. Контрольное обследование проводилось спустя 3, 6, 12 мес. после оперативного лечения.

Результаты. Среди встреченных нами осложнений эндоскопической коррекции ПМР самой частой явилась ипсилатеральная почечная колика (14 наблюдений), возникшая в результате компрессии интрамурального отдела мочеточника коллагеновым боллусом. В 11 случаях колика купирована анальгетиками, спазмолитиками, НПВС; в 3 случаях – временной катетеризацией почки. Кроме этого у 6 пациентов возникла атака пиелонефрита, разрешившаяся на фоне проведения антибактериальной инфузионной терапии. Случаев возникновения аллергических реакций, значительной гематурии, инфицирования и миграции имплантата нами встречено не было.

Заключение. Частота и характер возможных осложнений при эндоскопической инъекции коллагена по поводу ПМР у детей значительно ниже, чем при открытых операциях, что с учетом высокой эффективности метода характеризует его с положительной стороны. Внедрение новых видов объемообразующих веществ, таких как Макропластик, Дефлюкс, по опыту зарубежных клиник позволяет повысить эффективность эндоскопической коррекции и свести к минимуму количество осложнений, однако высокая стоимость этих имплантатов пока ограничивает их применение в отечественной детской урологии.

Исследования уродинамики у плодов с миелодисплазией

Писклаков А.В.

ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», г. Омск

Весьма актуальной для прогноза жизни и назначения адекватной терапии при миелодисплазии является исследование нарушений уродинамики, как главного патогенетического фактора развития почечной недостаточности. По методике Л.А. Дерюгиной, описанной в 2003 году, нами обследовано 28 плодов с миелодисплазией в сроке беременности 22-36 недель.

Нормальная функция нижних мочевых путей плода, обнаруженная в 6 случаях, характеризовалась следующими параметрами. Исследования проведены в срок 22-23 недель. Максимальный объем мочевого пузыря был от 1,8 до 2,4 мл. Цикл мочеиспускания составлял в среднем 24 минуты. При этом мочеиспускание осуществлялось почти полным объемом

Второй тип уродинамики плодов со спинномозговыми грыжами можно назвать гиперактивностью мочевого пузыря. Он встретился у 12 плодов с миелодисплазиями. Для этого типа характерно сокращенный цикл мочеиспускания (учащение циклов в среднем в 2,5 раза), небольшой объем мочевого пузыря – уменьшение максимального эффективного объема в среднем на 50-60% (нарушение резервуарной и адаптационной функции мочевого пузыря), но относительно неплохое опорожнение – остаточный объем не превышал 20% максимального.

Третий тип цистометрических кривых у плодов с миелодисплазиями характеризовался, помимо нарушения резервуарной функции, проблемами с эвакуацией (обструктивный тип мочеиспускания плода). В этих случаях отмечалось увеличение остаточного объема мочи после мочеиспускания (более 65%), а также возрастание максимальной емкости мочевого пузыря. Частота мочеиспусканий была у 4 плодов нормальной, у 5 увеличена в 1,5-2 раза. Такой тип уродинамики плода встретился в 10 случаях. Данный обструктивный тип уродинамики у плода с миелодисплазией является наиболее неблагоприятным. Так, из 10