

детей зависит от причин формирования недостаточности уретерovesикального сегмента.

В основе разработанных технологий эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием отечественного коллагена концентрацией 72 мг/мл были положены варианты экстравезикализации внутрипузырного отдела рефлюксированного мочеточника - функциональный и органический.

Функциональная экстравезикализация мочеточника характеризовалась: I, II и III степенью пузырно-мочеточникового рефлюкса низкого давления, незначительной внутрипузырной гипертензией, снижением антирефлюксного градиента при наполнении мочевого пузыря по данным ретроградной профилометрии уретерovesикального сегмента, неизменной слизистой мочевого пузыря и симметричностью душек устья мочеточника. Органическую экстравезикализацию мочеточника определяли: рефлюкс III, IV, V степени, выраженная внутрипузырная гипертензия, отсутствие антирефлюксного градиента при наполненном и пустом мочевом пузыре при ретроградной профилометрии уретерovesикального сегмента, воспалительными изменениями слизистой мочевого пузыря, гипоплазией треугольника, асимметрией душек устья мочеточника. Эндоскопическое лечение в течение 2006-2008 гг. проведено у 253 больных в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Преобладала III степень рефлюксации - 63%. При функциональной экстравезикализации мочеточника диагностированной в большинстве случаев проводилось эндоимплантация коллагена под латеральную дужку устья с тракцией слизистой мочеточника кверху. Эффективность данного метода эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса составляла 92%. При органической экстравезикализации мочеточника выполнялся транспозиционный вариант эндоколлагенопластики рефлюксированного устья с транспозицией уретеро-везикального сегмента к низу. Эффективность транспозиционного метода эндоколлагенопластики составляло 85%. При контрольном обследовании проводилась оценка состояния почечной ткани. Установлено, что после ликвидации пузырно-мочеточникового рефлюкса и стойкой ремиссии пиелонефрита у 70% детей сохранялись признаки дисметаболических изменений в почечной паренхиме, которые проявлялись повышенном экскреции метаболитов перикисного окисления липидов, лактата и перувата. Выявленные дисметаболические изменения в почечной паренхиме требовали дополнительного медикаментозного лечения.

Таким образом, повышение эффективности эндоскопического лечения ПМР может быть достигнута выбором метода эндоколлагенопластики в зависимости от варианта экстравезикализации мочеточника и с учетом тяжести дисметаболических изменений в почечной паренхиме.

Обструкция семявыносящих путей как фактор иммунного бесплодия

Михайличенко В. В., Казимзаде Э. Д., Фесенко В. Н.

Санкт-Петербургская Медицинская Академия последипломного образования
Кафедра урологии и андрологии, г. Санкт-Петербург.

Введение: В настоящее время количество бесплодных пар в мире неуклонно растет, и почти в 50% случаев это связано с нарушением репродуктивной функции у мужчин. Одной из причин мужского бесплодия является аутоиммунный процесс в яичках вследствие нарушения в них гематотестикулярного барьера.

Цель исследования: возможность выявления иммунного бесплодия при obstructивной азооспермии и его коррекции после пластических операций на семявыносящих путях.

Материалы и методы: Обследовано 143 инфертильных мужчин, в эякуляте которых