

При гидронефрозе и уретерогидронефрозе I степени выброс мочи в 53% случаев был двухволновой, в 45% случаев – трехволновой и в 2% – одноволновой. Продолжительность выброса была $4,8 \pm 0,3$ с, максимальная скорость – $0,25 \pm 0,03$ м/с, средняя – $0,18 \pm 0,03$ м/с и минимальная – $0,12 \pm 0,02$ м/с. Количество выбросов в минуту равнялось $4,5 \pm 0,5$.

При гидронефрозе и обструктивном уретерогидронефрозе II степени мочеточнико-пузырный выброс мочи в 64% случаев имел двухгорбый и в 36% случаев – одnogорбый характер; число выбросов в минуту снизилось до $3,5 \pm 0,5$ раза, а продолжительность одного выброса – $2,92 \pm 0,2$ с. Максимальная скорость равнялась – $0,18 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,12 \pm 0,02$ м/с и минимальная – $0,10 \pm 0,02$ м/с. При гидронефрозе и обструктивном уретерогидронефрозе III степени в 78% выброс был одноволновой и непродолжительный $1,16 \pm 0,5$ с; число выбросов в минуту колебалось $1,5 \pm 0,5$. В 22% выброс имел

венозный непродолжительный характер. Максимальная скорость равнялась $0,08 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,07 \pm 0,02$ м/с и минимальная $0,05 \pm 0,02$ м/с.

Мочеточнико-пузырный выброс мочи при рефлюксирующем уретерогидронефрозе II–III степеней вызвал определенный интерес. При II степени выброс был двухволновым и венозным, 2–5 раз в минуту и продолжительностью 5–7 с. Максимальная скорость равнялась $0,22 \pm 0,02$ м/с, средняя – $0,16 \pm 0,02$ м/с и минимальная – $0,16 \pm 0,02$ м/с. При III степени выброс был венозным, продолжительным, почти постоянным, максимальная скорость – $0,17 \pm 0,03$ м/с, средняя – $0,13 \pm 0,03$ м/с и минимальная – $0,11 \pm 0,02$ м/с.

Допплерография является информативным методом, позволяющим прогнозировать исход лечения, предупредить и уменьшить количество осложнений, снизить количество рентгенологических исследований, лучевую нагрузку, расход рентгеноконтрастных средств у этой категории больных.

РЕНТГЕНОПЛАНИМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Ю. М. Ахмедов, И. А. Ахмеджанов, Ш. Х. Мавлянов, Ф. Ш. Мавлянов, К. Н. Ибрагимов, Ж. Ж. Курбанов

Самаркандский медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

За период с 1995 по 2006 г. на базе детской областной многопрофильной клинической больницы в отделении детской хирургии на обследовании и лечении находились 205 детей с гидронефрозом, обструктивным и рефлюксирующим уретерогидронефрозом. Возраст детей составил от 2 месяцев до 15 лет.

С целью определения анатомо-морфологического состояния почек вычисляли ренортикальный индекс. Для оценки степени истончения паренхимы до операции, нами использовано определение паренхиматозного индекса – Ипар. При уретерогидронефрозе обязательно производили, наряду с экскреторной урографией, микционные цистоуретрограммы, измерение диаметра верхнего среднего и нижнего сегментов мочеточника и его длины, способы подсчета математических индексов RMO – среднее значение радиуса обструктивно измененного мочеточника, VMO – объем обструктивно измененного мочеточника.

РКИ – показатель, который в возрастном аспекте значимых колебаний не имеет и достоверно увеличивается в зависимости от степени ВГ. Так, для 1-й степени гидронефроза он колеблется от $0,21 \pm 0,01$ до $0,24 \pm 0,02$, для 2-й степени – от $0,27 \pm 0,02$ до $0,32 \pm 0,04$ и для 3-й степени – от $0,59 \pm 0,12$ до $0,66 \pm 0,12$, в зависимости от возраста больных. Значения Ипар увеличиваются пропорционально увеличению РКИ и степени гидронефроза. При 1-й степе-

ни заболевания они колеблются от $1,4 \pm 0,1$ до $2,2 \pm 0,2$, при 2-й – от $2,4 \pm 0,1$ до $3 \pm 0,2$ и при 3-й степени – от $5,1 \pm 0,4$ до $7,6 \pm 1,6$, в зависимости от возраста больных. Также прослеживается тенденция увеличения Ипар с возрастом детей.

Математический анализ рентгенологического исследования верхних мочевыводящих путей показал, что при обструктивном уретерогидронефрозе в зависимости от степени средние значения VMO колебались от $50,8 \pm 7,8$ до $66,7 \pm 2,5$. Показатели RMO равнялись от $1,06 \pm 0,04$ до $1,2 \pm 0,02$, длина и диаметр мочеточника, в зависимости от степени обструкции также имели тенденцию к увеличению абсолютных чисел.

При 2-й стадии уретерогидронефроза происходили выраженное расширение цистоидов и тугое заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении с формированием 1-2 коленообразных изгибов до 1 см. У больных с УГН 3-й стадии в связи с резким расширением и удлинением мочеточника количество коленообразных изгибов длиной 2-3 см увеличивалось до 3-4. Более тугое заполнение мочеточника контрастным веществом отмечалось на отсроченных экскреторных урограммах при УГН 4-й стадии, на фоне резкого расширения и удлинения мочеточника происходило формирование 5-6 коленообразных изгибов длиной до 4-5 см.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ БИОПОЛИМЕРОМ «ДАМ+» У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Н.А. Беляева, А.Н. Жаров, О.М. Солдатов

Детская республиканская клиническая больница № 2, г. Саранск

Цель работы: оценка эффективности эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-моче-

точникового рефлюкса (ПМР) биополимером DAM+ и неоимплантации мочеточников по способу Козна.