

виявлені бульозні зміни. При виявлених змінах в післяопераційному періоді хворим обов'язково проводилася тривала терапія, спрямована на усунення запального процесу і відновлення функції сечового міхура.

Позитивний результат від проведеного консервативного лікування досягнутий у 35,6% хворих, ефективність ендоскопічного методу корекції МСР досягнута у 53,34% хворих. Оцінюючи результати первинної ендоскопічної пластики вусть, позитивний результат досягнутий у 87,3% випадків. В 12,7% випадків спостерігався рецидив рефлюксу, але ступінь рефлюксу була значно нижчим. При повторному підведенні гелю в 60% хворих відзначено ефективність проведеного лікування, в 20% випадків позитивний результат досягнутий після третього підведення гелю. У 72 хворих ефект від проведеного лікування не спостерігався, їм проведене оперативне втручання – операція Коена. Ця група складала 11,06%.

Висновки

Застосування консервативних і ендоскопічних методів лікування є пріоритетними у виборі підходу до лікування МСР. Застосування ендоскопічного методу лікування обґрунтовано: при II-IV ступенях МСР, який сформувався на фоні нейрогенної дисфункції сечового міхура та при МСР, при первинному МСР II-IV ступеня з порушенням функції нирок і вираженими розладами уродинаміки, частими загостреннями пієлонефриту.

При важких ступенях рефлюксу і при виражених змінах будови сечового міхура хворі з МСР потребують тривалого консервативного лікування, спрямованого на відновлення трофіки та функції сечового міхура і сечоводів. Диспансерний нагляд за хворими дітьми повинен бути тривалим з обов'язковим проведенням неодноразово контрольних цистографій.

Література

1. Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.С. Вроджені вади сечових шляхів у дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - С. 218
2. Диагностика мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей раннего возраста / В.Н. Грона, В.Н. Мальцев, А.А. Щербинин, А.В. Щербинин, С.А. Фоменко, С.Е. Марков, П.А. Лепихов // Здоровье ребенка. - 2007. - №3. - С. 93-96
3. Сеймівський Д.А., Калішук О.А., Петербургський В.Ф., Оцінка можливостей ендоскопічної корекції міхурово-сечоводного рефлюкса за даними віддалених результатів//Хірургія дитячого віку.-2005.-№1.-с.25-28.
4. Соловйов А.Є., Дмитряков Б.О., Запороженко А.І., Барухович В.Я. та інші, Досвід ендоскопічного лікування міхурово-сечоводного рефлюкса у дітей// Праці науково-практичної конференції дитячих урологів України.-Львів-Київ,-2005.-с.23-2
5. Люлько А.В., Терещенко А.В., Сеймівський Д.А. Нарушения уродинамики мочевыводящих путей у детей. - Днепропетровск: Пороги, 1995.-С. 375

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.617-007.64-07-08-233.01.75.053.2

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МЕГАУРЕТЕРУ У ДІТЕЙ

В.О. Дмитряков, Г.В. Корнієнко

Запорізький державний медичний університет

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

В.А. Дмитряков, Г.В. Корниенко

Запорожский государственный медицинский университет

SPECIFIC EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MEGAURETER IN CHILDREN

V.O. Dmytriakov, H.V. Kornienko

Zaporizhzhia State Medical University

Резюме. Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 38 дітей з різними ступенями мегауретеру. Підтверджена ефективність ендоскопічного лікування мегауретеру шляхом бужування та стентування сечоводів. Обґрунтовані показання і розроблена методика ендоскопічного стентування розширеного сечоводу при мегауретері, як альтернативи оперативному втручанню.

Ключові слова: діти, мегауретер, стентування.

Резюме. Проведен анализ результатов обследования и лечения 38 детей с различными степенями мегауретера. Подтверждена эффективность эндоскопического лечения мегауретера методом бужирования и стентирования мочеточников. Обоснованы показания и разработана методика эндоскопического стентирования расширенного мочеточника при мегауретере, как альтернативы оперативному вмешательству.

Ключевые слова: дети, мегауретер, стентирование.

Abstract. There has been held an analysis of examination and treatment of 38 children with different stages of megaureter. There has been set the effectiveness of endoscopic treatment of megaureter by the way of stenting of ureters. Indications have been justified and a methodics of endoscopic stenting of an extended sechelt while having megareuter as an alternative of surgical operation.

Keywords: children, megareuter, stenting.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Вади розвитку органів сечовивідної системи займають одне з провідних місць і складають понад 40% серед вроджених захворювань дитячого віку [1, 5, 6]. З кожним роком зростає кількість хронічних захворювань нирок, збільшується кількість вроджених вад сечовивідної системи та спадкових

форм урологічної патології. Серед них різні варіанти обструктивних уротатій складають до 45%, або 12-17% від усіх вроджених вад розвитку [4].

Разом вади розвитку сечової системи з сумісними та транзитними станами складають 8,5% всіх вроджених вад, які виявляються за допомогою УЗД. Приблизно 14% всіх

зад сечової системи припадають на обструктивний та рефлюксуючий мегауретер. Серед вродженої патології сечової системи у дітей обструктивні уропатії становлять від 1% до 5,4% [3]. За даними північноамериканського реєстра трансплантації нирки обструктивні уропатії у 16,2% дітей були причиною, яка призвела до пересадки нирки, а у 12,9% до діалізу. А серед всіх причин хронічної хвороби нирок (ХХН) обструктивні уропатії складають 23,1% [5].

У перші роки життя, особливо впродовж перших 6-12 місяців життя, ступінь та характер розширення сечоводів можуть суттєво змінюватися. Причому, у переважній більшості дітей відбувається дозрівання (матурація) та поліпшення функції сечоводів. У іншій частині дітей розміри сечоводів можуть довго залишатися на колишньому рівні. І тільки у 10-15% дітей відзначається прогресування патологічних процесів [4]. При мегауретерах у дітей основними факторами патологічних змін у нирковій паренхімі та стінці сечоводу є порушення уродинаміки та кровообігу, що залежать від ступеня і характеру обструкції і супроводжується дисбалансом продукції цитокінів і факторів росту.

Отже, відновлення та підтримка уродинаміки разом з профілактикою порушення кровообігу і запалення, а також відмова або відстрочка хірургічної та анестезіологічної агресії, є запорукою створення умов для усунення диспропорції росту та дисфункції дозрівання (матурації) як самих сечоводів, так й інших органів сечовидільної системи. Тобто, першочергове максимально раннє відновлення та тривала підтримка колекторної функції сечовидільної системи є запорукою адекватної патогенетично обґрунтованої відповіді на питання, які задає мегауретер у дітей.

До теперішнього часу не існує переконливих критеріїв визначення ступеня матурації сечових шляхів у дітей молодшого віку. Єдиним показником дозрівання можуть бути показники функціональної здатності в часовій динаміці, де фактор часу набуває провідної ролі.

Одним з перспективних способів взяти це за основу лікування та діагностики є метод ендоскопічного внутрішнього ретроградного стентування сечоводів.

Стентування дозволяє: відновити і тривало утримувати уродинаміку; поліпшити стан кровообігу в нирці та сечоводі; створити безпечні умови для матурації; верифікувати діагноз і виявити сугутню патологію; провести уродинамічне обстеження; підготувати, при необхідності, до інших видів лікування; використати фактор часу.

Мета роботи: покращення лікування мегауретеру у дітей шляхом впровадження та вивчення методу ендоскопічного бужування та стентування сечоводів.

Матеріал і методи

За період з 2006 по 2013 роки в клініці дитячої хірургії з діагнозом нерефлюксуючий мегауретер проліковано 38 дітей (42 сечоводів) віком від 3 місяців до 5 років. Хлопчиків було 27, дівчаток 11. Зліва 25, справа - 9, з двох сторін - 4. Верифікація типу нерефлюксуючого мегауретеру на функціональну або органічну обструкцію проводилася в сукупності з лікувальними заходами, з урахуванням часової динаміки.

Виходячи з класифікації D. Veurton (1986), хворі розділились: 14 – I б ступеня, 18 – II ступеня і 6 – III ступеня.

Усім хворим проводилась цистоскопія, після підготовки уретри калібруванням уретральним катетером. Під час цистоскопії оцінювалися стан анатомічних маркерів сечового міхура: вічка сечоводів трикутника Льюто, шийки сечового міхура, уретри, слизової, патологічних утворень [2]. При можливості проводили стент до миски нирки за загальноприйнятою методикою, яка відповідала віку дитини.

У тому випадку, якщо виникала перешкода, найчастіше на рівні інтрамурального відділу сечоводу, проводили бужування цього відділу сечоводу до можливого розміру

стенту і повторювали спробу. Стент утримували від 1 до 3 місяців, у двох випадках - до 4 місяців.

Повторно бужування та стентування проводилось у 5 дітей і тричі - у 2 дітей. У 8 дітей виконати стентування не вдалося через органічні перешкоди: чотири дитини з III ступенем, три з II ступенем, одна з I б ступенем. У цих дітей були вжиті інші методи лікування.

На 3-4 добу дитина виписувалась із стаціонару для подальшого амбулаторного спосереження. Антибіотикотерапія проводилася, виходячи з даних загальноклінічних аналізів та бактеріального пейзажу сечі.

Результати та їх обговорення

Критеріями оцінки стану нирок і верхніх сечових шляхів, крім візуалізаційних методів дослідження, були лабораторні та клінічні показники. Установа та утримання стенту в цілому позитивно позначилася на відновленні уродинаміки верхніх сечових шляхів та поліпшенні прохідності уретеро-везикального сегменту сечоводу.

Результати лікування оцінювалися за наступними показниками: зменшення розмірів, в тому числі й поперечного, сечоводу (за даними УЗД та рентгенографії); зниження розмірів збиральної системи нирки (за даними УЗД та рентгенографії); поліпшення показників УЗД, доплерографії; поліпшення лабораторних показників; покращення інших даних рентгенографії.

До контрольної групи входили діти, яких лікували без використання стентування з 1998 по 2006 рр. В групі було 40 дітей (48 сечоводів) віком від 3 міс. до 5 років, з яких 26 хлопчиків та 14 дівчаток. Патологія зліва – 22, справа – 10, з двох сторін – 8. Дітей з I б ступенем було 16, з II ступенем – 18, з III ступенем – 6.

Усім хворим цієї групи проводили стандартне обстеження і виконали наступні оперативні втручання: Y-подібну уретерокутанеостомію в різних модифікаціях, операції Політано-Лідбеттера, Коена, Грегуара, Лопаткіна-Свідлера та ін. Результати дослідження оцінювали за 4-х бальною системою, за основу якої була взята система Лопаткіна М.О. та Артем'євої О.Г. (1988 р.).

Оцінка «відмінно» виставлялася за відсутності клінічних симптомів, а також нормалізації розмірів сечоводів та збиральної системи нирки. «Добре» – за відсутності всіх патологічних симптомів, крім незначної транзитної лейкоцитурії, стійкої тенденції зменшення розмірів сечоводу та чашечко-мискової системи нирки. «Задовільно» – збереження транзитної лейкоцитурії, фіксація розмірів збиральної системи нирки та сечоводу на тому ж рівні, але без тенденції до погіршення. «Незадовільно» – всі показники не мають тенденції до поліпшення або стабілізації.

Результати лікування основної групи, де проводилось стентування сечоводів: 31,6% (12 дітей) – відмінно; 28,9% (11 дітей) – добре; 21,0% (8 дітей) – задовільно; 18,5% (7 дітей) – незадовільно.

Результати лікування контрольної групи, де стентування сечоводів не проводилось: 20% (8 дітей) – відмінно; 22,5% (9 дітей) – добре; 40% (16 дітей) – задовільно; 17,5% (7 дітей) – незадовільно.

Висновки

1. Трансвезикальне ретроградне внутрішнє стентування (ТРВС) скомпрометованих сечоводів у багатьох випадках є альтернативою відкритих хірургічних методів лікування мегауретеру у дітей.

2. ТРВС – є для всіх вікових категорій малоінвазивним і може виконуватися як метод остаточного лікування, так і метод підготовки хворого до інших способів лікування.

3. Подальше вивчення та вдосконалення методу дасть можливість визначити його остаточне місце в лікуванні мегауретеру у дітей.

Література

1. Возіанов О. Ф., Сеймівський Д. А., Бліхар В. Є. Вроджені вади сечових шляхів у дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 51-93.
2. Макарова М.А. Диагностика и хирургическое лечение мегауретера у новорожденных и детей раннего возраста. // автореферат дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. – М: Москва, 2006.
3. Игнатова М.С. Прогрессирование нефропатий и возможные пути ренопротекции //III Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» - Москва. – 2004. – С. 213-218.
4. Хворостов И.Н. Патологические основы формирования и принципы лечения обструктивный уропатий у детей //автореферат дис. на соиск. уч. ст. доктора мед. наук. – М: Москва, 2006.
5. John P. Gearhart, Richard C. Rink, Pierre D.E. Mouriquand, Pediatric Urology, 2010.
6. Hinds A.C. Obstructive uropathy: considerations for the nephrology nurse//Nephrol Nurs J. – 2004. – vol. 31, №2. – p. 166-174.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК 616.348 – 007.61 – 053.2 – 089

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗИНКИ У ДІТЕЙ

О.Б. Доманський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

О.Б. Доманский

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика
Киевская городская детская клиническая больница № 2

RESULTS OF TREATMENT OF SPLEEN TRAUMATIC DAMAGES IN CHILDREN

O.B. Domanskyi

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Kyiv City Children's Clinical Hospital No.2

Резюме. Проаналізовано результати лікування 115 дітей з травматичним пошкодженням селезінки, із яких причинами були транспортні аварії (n=62, 53,91%), падіння з висоти (n=25, 21,74%), побутові травми (n=14, 12,17%), спортивні травми (n=12, 10,44%), колоті і різані рани (n=2, 1,74%). Консервативно проліковано 58 (50,43%) дітей. У 57 (49,57%) дітей виконані різні методи хірургічного лікування: спленектомія - у 9 пацієнтів, спленектомія з доповненням аутотрансплантації тканини селезінки у великий сальник - у 43, атипична резекція селезінки - у 3, і спленорафія - у 2 дітей. У віддаленому післяопераційному періоді померло 2 (1,74%) дітей, яким була виконана спленектомія. У віддаленому посттравматичному періоді у 45 (39,13%) дітей отримані відмінні результати лікування, у 39 (33,91%) - добрі, у 28 (24,35%) - відзначені задовільні результати, у 3 (2,61%) - незадовільні. У віддаленому періоді позитивні результати були у 97,39% дітей.

Ключові слова: травма, селезінка, діти, результати лікування.

Резюме. Проанализированы результаты лечения 115 детей с травматическим повреждением селезенки, из которых причинами были транспортные аварии (n=62, 53,91%), падения с высоты (n=25, 21,74%), бытовые травмы (n=14, 12,17%), спортивные игры (n=12, 10,44%), колотые и резаные раны (n=2, 1,74%). Консервативно пролечено 58 (50,43%) детей. У 57 (49,57%) детей выполнены разные методики хирургического лечения: спленэктомия – у 9 пациентов, спленэктомия с дополнением аутотрансплантации ткани селезенки в большой сальник – у 43, атипичная резекция селезенки – у 3, и спленорафия – у 2 детей. В отдаленном послеоперационном периоде умерло 2 (1,74%) детей, которым была выполнена спленэктомия. В отдаленном посттравматическом периоде у 45 (39,13%) детей получены отличные результаты лечения, у 39 (33,91%) хорошие, у 28 (24,35%) – удовлетворительные результаты, у 3 (2,61%) – неудовлетворительные. В отдаленном периоде, положительный результат был у 97,39% детей.

Ключевые слова: травма, селезенка, дети, результаты лечения.

Abstract. The results of treatment of 115 children with spleen trauma are presented. Causes of spleen trauma were the following: traffic accidents (n=62, 53.91%), fall from a height (n=25, 21.74%), domestic trauma (n=14, 12.17%), sport trauma (n=12, 10.44%) and stab incision wounds (n=2, 1.74%). 58 (50.43%) children were conservatively treated. To 57 (49.57%) children there were applied different methods of surgical treatment: splenectomy in 9 patients, splenectomy with the addition of own splenic tissue in the omentum in 43 patients, atypical resection of the spleen in 3 patients and sewing of spleen rupture in 2 children. In the late postoperative period died 2 (1.74%) children, who underwent splenectomy. In the late posttraumatic period 45 (39.13%) children had excellent treatment results, 39 (33.91%) – good, in 28 (24.35%) patients were marked satisfactory results, in 3 (2.61%) unsatisfactory ones. In the long term the positive results were marked in 97.39% of the treated children.

Keywords: trauma, spleen, children, the results of treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Травми органів черевної порожнини у дітей складають від 3% до 20,2% серед усіх травматичних пошкоджень, із яких пошкодження селезінки у 30-50% випадків. Летальність сягає близько 19% без тенденції до зниження, післяопераційні ускладнення складають до 15-20%, а гнійно-септичні до 50% [1, 2, 3].

Мета дослідження: вивчити результати лікування

травматичних пошкоджень селезінки у дітей.

Матеріали і методи

У дослідження включено 115 дітей з травматичним пошкодженням селезінки, які знаходилися на лікуванні в клініці дитячої хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика. Серед досліджуваних пацієнтів було 77 хлопчиків і 38 дівчаток. Причинами травматичного пошкодження селезінки у дітей були транс-