

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Свекатун В.Н., Полищук В.Д., Стоян М.С.

Научный руководитель: проф. Дмитряков В.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра детских болезней факультета последипломного образования

Актуальность. Аномалии развития органов мочевыделительной системы составляют более 40% среди врожденных заболеваний детского возраста. Около 14,0% всех пороков мочевой системы приходится на обструктивный и рефлюксирующий мегауретеры. Диагностируется мегауретер у одного из 10000 детей, у мальчиков в 5 раз чаще. Наиболее сложной проблемой в настоящее время является диагностика и лечение первичного обструктивного мегауретера. Развитие первичного обструктивного мегауретера обусловлено нарушениями структуры мышечного слоя дистального отдела мочеточника. Определяется недоразвитие продольных фиброзно-мышечных волокон, гипертрофия и гиперплазия циркулярных, увеличение соединительнотканых волокон. Указанные проявления диспропорции роста и дисфункции созревания тканей и органов мочеиспускательной системы сопровождаются патологическими изменениями уродинамики, крово- и лимфообращения. Определяется дисбаланс продукции цитокининов и фактора роста.

Целью исследования является разработка альтернативы открытым хирургическим методам лечения мегауретера у детей, что обеспечит значительное снижение травматичности оперативного вмешательства, уменьшение количества послеоперационных осложнений, улучшение результатов лечения. Одним из перспективных методов лечения является трансвезикальное ретроградное внутреннее стентирование (ТРВС) мочеточников.

Материалы и методы. Нами был использован классический двойной стент типа pigtail, изготовленный из текофлекса, имеющий гидрофильное покрытие и размягчающийся при температуре тела. Размеры: диаметр 4,5 - 8,5 Fr, длина 8-30 см. За период с 2006 по 2015 годы в клинике детской хирургии с первичным обструктивным мегауретером пролечено 46 детей (51 мочеточник) в возрасте от 3 месяцев до 5 лет. Всем больным проводили цистоскопию для оценки анатомических маркеров мочевого пузыря. При возможности проводился стент, соответствующий возрасту, по общепринятой методике до лоханки скомпрометированной почки. Если определялось препятствие, осуществлялась оценка его, и производилось бужирование или балонная дилатация этого отдела мочеточника. Затем повторялась попытка стентирования. Стент удерживался от 1 до 4 месяцев, под контролем УЗИ. У 8 больных (из 46) стентирование было безуспешным, так как из-за механического препятствия стент провести не удалось.

Результаты лечения: 36,7% (13 детей) – отлично, 30,0% (11 детей) – хорошо, 20,0% (8 детей) – удовлетворительно, 13,3% (6 детей) – неудовлетворительно.

Выводы. Лечение урологической патологии у детей необходимо проводить исходя из понимания диспропорции роста и дисфункции созревания органов мочеполовой системы. ТРВС скомпрометированных мочеточников в большинстве случаев является альтернативой открытым хирургическим методам лечения мегауретера у детей. Изучение и усовершенствование данного метода в дальнейшем позволит занять достойное место в лечении мегауретера у детей.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПРЕНАТАЛЬНИЙ СТРЕС

Семененко І.В.

Науковий керівник: проф. Барковський Д. Є.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Запорізький державний медичний університет

Мета: провести аналіз перинатального анамнезу жінок з безпліддям, які звернулися за допомогою до Запорізького обласного медичного центру репродукції людини, та виявити серед них тих, які перенесли пренатальний стрес.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний комплексний аналіз за даними Запорізького обласного медичного центру репродукції людини. Вивчено та проаналізовано 250 амбулаторних карт жінок, які звернулися за допомогою для лікування безпліддя.

Отримані результати: в групу пацієнток із пренатальним стресом відібрані ті, які були народжені після кесаревого розтину (17,3%), за допомогою вакуум – екстракції (3,5%) або акушерських щипців (2,4%), які потребували переведення в реанімаційне відділення з пологового залу після фізіологічних