

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

пологів, де знаходилися більше двох діб і надалі переводилися на другий етап виходжування (14,5%), матері яких перенесли преєклампсію середнього або важкого ступеня тяжкості (43,4%). Доношені дівчатка склали 84,9%, недоношені – 15,1%. Оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині – $6,5 \pm 0,3$ балів, на 5 хв. – $7,6 \pm 0,4$ балів. В асфіксії народилося 47,5%, з них в асфіксії I ст. – 28,8%, II ст. – 18,1%, III ст. – 1,5%. Ознаки незрілості мали 18,2% дівчаток. Середня маса плодів при народженні склала $3134,3 \pm 156,7$ грам. Затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) відзначена у 30,0% дівчаток: I ст. – 14,5%, II ст. – 0,3%, III ст. – 5,5%. Порушення мозкового кровообігу різного ступеня з симптомами пригнічення або збудження центральної нервової системи відзначалися у 34,9% жінок при народженні, синдром дихальних розладів – у 15,2%, набряк мозку і гіпертензивний синдром виявлено у 1,5%. Порушення періоду адаптації виявлялися зниженням рефлекторної активності в 56,1%, тремором кінцівок і голови в 12,1%, періоральним і акроціанозом в 34,9%, набряклим синдромом в 15,2%. У жінок з безпліддям, які перенесли пренатальний стрес, діагностували психосоматичні розлади, які найчастіше супроводжувалися підвищеною реактивністю (46,7%), тривожністю (34,4%), депресією (12%), астеною (6,9%).

Висновки: при ускладненому перебігу вагітності та пологів у жінок, які перенесли пренатальний стрес, часто відбуваються зміни в фетоплацентарній системі, які відображаються на стані внутрішньоутробного плода жіночої статі та проявляються зривом механізму його адаптації, в результаті чого виникає ЗВУР та перинатальні ураження центральної нервової системи новонароджених у вигляді порушень нейро – м'язової збудливості. В подальшому формування організму дівчинки, яка перенесла пренатальний стрес, може супроводжуватися дисбалансом в гіпоталамо-гіпофізарній системі, що в репродуктивному періоді спричиняє безпліддя. Таким чином, існує необхідність поглибленого вивчення стану гіпоталамо-гіпофізарної системи, розробки комплексного диференційного підходу до діагностики та лікування з урахуванням психоемоційного стану з подальшим вдосконаленням розробки системи передгравідарної підготовки жінок, що мають безпліддя, асоційоване з пренатальним стресом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОПТИКА У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ И АСТИГМАТИЗМОМ

Семенко А.И., Поплавская И.А.

Научный руководитель: проф. Завгородняя Н.Г., Поплавская И.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Цель. Изучить результаты метода биоптика у пациентов с катарактой и астигматизмом.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены данные 37 пациентов (50 глаз) с катарактой и астигматизмом, проходивших хирургическое лечение в клинике «ВІЗУС». I группа - 17 пациентов (26 глаз) - хирургическое лечение методом биоптики (предварительное формирование роговичного лоскута, проведение факэмульсификации (ФЭК) с имплантацией ИОЛ и последующая эксимерлазерной коррекцией нарушений рефракции в сроки 1-2 мес). II группа - 20 пациентов (24 глаза) - проведена ФЭК с имплантацией торической ИОЛ. Результаты оценивали по остроте зрения, рефрактометрии.

Результаты. Исходная острота зрения без коррекции: $0,13 \pm 0,11$ в I группе и $0,12 \pm 0,11$ во II группе ($p > 0,05$); с коррекцией в I группе - $0,62 \pm 0,28$; во II группе - $0,41 \pm 0,31$ ($p > 0,05$). Сферический эквивалент: от +1,0 дптр до -13,25 дптр в I группе; от +1,0 дптр до -15,25 дптр во II группе. Степень астигматизма: в I группе 0,5-5,5 дптр, во II группе 0,5-5,75 дптр. После хирургического лечения острота зрения: в I группе $0,79 \pm 0,22$ ($p < 0,05$); во II группе $0,81 \pm 0,26$ ($p < 0,05$). Через месяц сферический эквивалент в I группе: 0,25-0,5 дптр, степень астигматизма 0,5-0,75 дптр, а во II группе: сферический эквивалент 0,25-0,5 дптр, степень астигматизма 0,5-1,5 дптр. У пациентов с исходной степенью астигматизма 3,0 дптр и выше остаточная величина астигматизма в I группе 0,25-0,5 дптр; во II группе 0,75-1,5 дптр.

Выводы. Применение метода биоптики, так же как и имплантация торических ИОЛ у пациентов с катарактой и астигматизмом дает высокие функциональные результаты. Метод биоптики имеет предпочтение у пациентов с катарактой и астигматизмом выше 3,0 дптр и является социально-экономически выгодным направлением офтальмохирургии.