

Результатом работы является констатация важности и возможности использования показателей биомаркера протеина S 100 основываясь на взаимосвязи уровня данного белка с клинико-морфологическими факторами прогноза меланомы. В ходе анализа 7 клинических случаев, была научно доказана важность составления "Паспорта S 100" в процессе ведения больных, которым было проведено радикальное хирургическое лечение меланомы. Было доказано, что такой "паспорт" позволяет следить за изменениями уровня маркера в процессе лечения и после его завершения, за продолжительностью клинической ремиссии, частотой исследования и прогнозировать развитие рецидива до его клинического выявления другими диагностическими методами.

Заключение. Протеин S 100 является стадиоспецифичным опухолеассоциированным маркером, который имеет право расцениваться как информативный серодиагност при составлении прогноза возможного рецидива меланомы у больных, прошедших стадию радикального хирургического удаления данного новообразования. Корреляция S 100 с такими клинико-морфологическими факторами прогноза течения меланомы, как уровнем инвазии по Кларку, толщиной опухоли по Бреслоу и гистологическим подтипом опухоли, позволяют рассматривать этот белок с точки зрения дополнительного метода диагностики и в дальнейшем-постановки диагноза.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Полищук В.Д., Свекатун В.Н., Стоян М.С.,
Научный руководитель: проф. Дмитряков В.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии ФПО

Цель исследования. Улучшить лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей с IV-V степенью первичного рефлюкса и после открытой реимплантации мочеточника. Показать, что эндоскопическое введение моделирующих веществ (полиакриламидный гидрогель) в верхнюю губу устья мочеточника при ПМР является альтернативой открытым хирургическим методикам.

Материалы и методы. Врожденные аномалии развития органов мочеполовой системы можно разделить на недифференцированную дисплазию соединительной ткани (НДСТ), диспропорцию роста и созревания и смешанный тип.

При НДСТ применение малоинвазивных методик является лишь палиативным методом и дает возможность компенсировать пациента и подобрать тактику лечения. В случае диспропорции роста и созревания уретеро-везикального соустья (УВС) применение эндоскопической коррекции позволяет одновременно устранить обратный ток мочи, а также использовать фактор времени как возможность дальнейшего развития тканей и постепенной регрессии клинических проявлений.

При IV-V степени ПМР стандартные методики эндоскопического лечения (STING, double-НIT), направленные на удлинение интрамурального отдела мочеточника зачастую не срабатывают, так как УВС подвергается рубцовым изменениям. В клинике детской хирургии ЗГМУ предложены наиболее патогенетически обоснованные методики лечения ПМР у детей. Введение гидрогеля осуществляют в верхнюю губу устья мочеточника на 12 эндоскопических часов в объеме 1-2 мл до тех пор, пока высота инфильтративного валика не составит более половины диаметра устья. Анатомическая структура «незрелого» интрамурального отдела мочеточника не нарушается и используется сила тяжести, которая смыкает устье мочеточника по типу «гидродинамической пробки» и формирует антирефлюксную защиту. С 2001 года с помощью данного способа пролечено 24 ребенка, из них – 15 детей с IV степенью ПМР, 9 – после открытых операций. Оценка проводилась через год после лечения по 4-бальной системе. «Отлично» - 9 детей, «хорошо» - 10 детей, «удовлетворительно» - 3 ребенка, «неудовлетворительно» - 2 детей. Положительный результат достигнут у 22 пациентов. При этом, качество лечения в меньшей степени зависит от сопутствующей нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

Выводы. Основываясь на патогенетические особенности ПМР у детей, а именно – диспропорцию роста и созревания тканей, восстановление уродинамики должно проводиться малоинвазивными способами, чтобы сохранить анатомическую целостность УВС и использовать фактор времени для дальнейшей его репарации. 1. Недостатки традиционных открытых операций, связанные с нарушением строения «недоразвитого» УВС и высоким числом осложнений, заставляют рассматривать эндоскопическое лечение как альтернативный метод. 2. Методика «гидродинамической пробки» в большинстве случаев позволяет добиться положительного результата лечения у детей с IV-V степенью рефлюкса по сравнению со стандартными методиками эндоскопического лечения.