

стазиограмма, ТЭГ.

Результаты обрабатывались с помощью ППП Statistica 10.0. Статистически значимыми различиями был принят уровень $p < 0,05$ при сравнении между этапами (тест Вилкоксона) и при проведении корреляционного анализа ранговым методом Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Среднее время, затраченное на исследование составило: по Ли-Уайт – 15 мин; гемостазиограмма – 40 мин; ТЭГ – 15-20 мин.

О скорости ответа судили по наличию статистически значимой разницы между этапами. Она была выявлена при сравнения АЧТВ между I и II этапами ($T=3$; $p=0,0012$), а также между всеми этапами при анализе по Ли-Уайт ($T=6$; $p=0,016$), показателями ТЭГ α ($1/2: T=13$; $p=0,008$; $2/3: T=3$; $p=0,012$) и mA ($p < 0,001$).

Единственный показатель, который имел связь с операционной кровопотерей, был α° : коэффициент корреляции $r=0,56$.

Вывод: Оптимальным лабораторным методом для интраоперационного контроля гемостаза и принятия решения о начале трансфузии является ТЭГ, а при невозможности проведения - оценка свертывания по Ли-Уайт.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Rossaint et al. (2016). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Critical Care 2016 20:100. - doi: 10.1186/s13054-016-1265-x.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОГО РЕТРОГРАДНОГО ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

*В.Н. Свекатун, аспирант, Кафедра детских болезней
Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье, Украина
Научный руководитель: д.мед.н., проф, В.А. Дмитриков
Кафедра детских болезней*

Актуальность. На пороки развития органов урогенитальной системы приходится до 30-40% от всех врожденных аномалий [1]. Первичный мегауретер занимает ведущее место среди врожденных пороков мочевой системы у детей [2]. Отсутствие объективных критериев выбора сроков, тактики и объема оперативного лечения мегауретера обуславливают продолжение поисков оптимального варианта оперативного вмешательства [3].

Цель и задачи: исследование и разработка малоинвазивных технологий в лечении мегауретера у детей, альтернативных открытым хирургическим методам, что позволит снизить травматичность оперативных вмешательств, улучшить результаты лечения.

Материалы и методы исследования. Нами использовался метод трансвезикального ретроградного внутреннего стентирования мочеточников. Всем больным проводилась цистоскопия для оценки анатомических ориентиров мочевого пузыря. По общепринятой методике вводился соответствующий возрасту стент до лоханки с компрометированной почки. Срок нахождения стента от 1 до 4 месяцев, при контроле УЗИ.

Результаты и обсуждения. С 2006 года в клинике детской хирургии с первичным обструктивным мегауретером по данной методике пролечено 39 детей (51 мочеточник) в возрасте от 3 месяцев до 5 лет. Ещё у 8 больных стентирование было безуспешным, так как из-за механического препятствия стент провести не удалось. Оценка результатов проводилась по четырехбалльной системе: 35,9% (14 детей) – отлично, 28,2% (11 детей) – хорошо, 20,5% (8 детей) – удовлетворительно, 15,4% (6 детей) – неудовлетворительно.

Выводы. Трансвезикальное ретроградное внутреннее стентирование мочеточников в большинстве случаев является альтернативным открытым хирургическим операциям методом в лечении мегауретера у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Истокский К.Н. (2014). Реконструктивно-пластические операции из малоинвазивных доступов в лечении обструктивных заболеваний. Дис. канд. мед. наук. М: Москва, С.14-17.
2. Возианов С.А. (2013). Обструкция мочеточника у детей патогенетические механизмы, диагностика и лечение гидронефроза и обструктивномегауретера. Клин. онкология. Вып.1. С.53-55.
3. Юшко Е.И. (2012) Классификация и этиопатогенез первичного обструктивномегауретера у детей. Урология. № 4. С. 98-103.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА КОРРЕКЦИИ ГЕТЕРОХРОНИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ

В.Н. Свекатун, аспирант, М.С. Стоян, 6 курс, факультет «II медицинский»,

В.Д. Полищук, врач интерн

Запорожский государственный медицинский университет,

г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф, В.А. Дмитриков

Кафедра детских болезней

Актуальность. Аномалии развития органов мочевыносящей системы (ОМВС) составляют более 40% среди врожденных заболеваний детского возраста [1]. Применение стандартных методов лечения в детской урологии до 47% [2] случаев имеет неудовлетворительный результат и зачастую приводят к органонуносящим операциям. Одной из причин нарушения уродинамики является диспропорция роста структур мочеточника и, как следствие, его дисфункция [3].

Цель и задачи: Патогенетическое обоснование использования малоинвазивных методик для коррекции гетерохронии ОМВС. Разработка программы «Управление созреванием ОМВС», направленной на неинвазивное устранение нарушений уродинамики, использование фактора времени, устранение или минимизирование возможных осложнений.

Материалы и методы. Можно выделить два вида гетерохронии: акселерацию – ускоренного развития тканей органа, и ретардацию – задержку развития и дифференцировки тканей [3]. Применение внутренних мочеточниковых стентов обеспечивает быстрое восстановление уродинамики без нарушения анатомо-физиологической целостности тканей. Восстановление уродинамики благоприятно сказывается на созревании органов мочевыносящей системы и предотвращает их инфицирование, так как предотвращает контакт просвета мочевых путей с внешней средой.

Результаты. С 2001 года в клинике детской хирургии с применением малоинвазивных методик пролечено 72 детей разного возраста. Оценка результатов проводилась по четырех балльной системе: отлично – 25 (34.7%); хорошо – 22 (30.5%); удовлетворительно – 11 (15.3%); неудовлетворительно – 14 (19.4%). Положительный результат достигнут у 59 (81.9%) пациентов. Данные результаты сопоставимы с другими исследователями [2].

Выводы. Использование малоинвазивных методик позволит корригировать явления гетерохронии используя фактор времени, и могут быть использованы как окончательные методы лечения, так и паллиативные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей. (2009). М.: ГЭОТАР-Медиа, г. Москва, стр. 213-375.
2. Lewis-Russell J.M., Natale S., Hammonds J.C., Wells I.P., Dickinson A.J. (2004). Ten years' experience of retrograde balloon dilatation of pelvi-ureteric junction obstruction. BJU International, 93, 3, стр. 360–363.
3. Долецкий С.Я. (1984). Общие проблемы детской хирургии. М.: Медицина, г. Москва, С. 272.