

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З
СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-
ПЕДІАТРІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ 210-Й РІЧНИЦІ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**20 березня 2015 року
м. Харків**

грудной клетки на 52-е сутки – сохраняется правосторонний фиброторакс. Наличие фиброторакса подтверждено также компьютерной томографией органов грудной клетки, заключение которой - фиброателектаз сегментов S_{1,2} верхней доли справа; фиброз, плевральные спайки справа.

Данный клинический случай позволяет сделать вывод, что главными направлениями терапии деструктивной пневмонии пневмококковой этиологии, помимо комбинированной антибактериальной терапии с учетом дезэскалационного принципа, являются также своевременная активная хирургическая тактика в комплексе с экстракорпоральными методами детоксикации.

НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Дмитряков В.А., Корниенко Г.В., Спахи О.В., Свекатун В.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра последипломного образования

Курс детской хирургии

Пороки развития органов мочевыделительной системы занимают одно из ведущих мест и составляют более 40% среди врожденных заболеваний детского возраста.

До настоящего времени мегауретер является одной из важных проблем в урологии.

Около 14,0% всех пороков мочевой системы приходится на обструктивный и рефлюксирующий мегауретеры.

Встречается мегауретер с частотой 1:10000, чаще у мальчиков. Соотношение мальчиков и девочек 4,8:1,0. Левый мочеточник поражается чаще. Двухсторонний мегауретер встречается в 10-20% случаев.

Наиболее сложной проблемой в настоящее время является диагностика и лечение первичного обструктивного мегауретера.

В детской практике наиболее часто используется классификация обструктивного мегауретера, предложенная (D. Beurton, 1986).

1(А)стадия - расширение мочеточника в дистальном отделе, без расширения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС).

1(В)стадия - расширение мочеточника в дистальном отделе и средней трети с незначительным расширением ЧЛС.

2 стадия - выраженное расширение мочеточника на всём протяжении и дилатация чашечек.

3 стадия - резко расширенный извитой мочеточник, расширение ЧЛС с дилатацией чашечек и истончением паренхимы почки.

Причиной возникновения первичного обструктивного мегауретера являются структурные нарушения в мышечном слое дистального отдела мочеточника, которые характеризуются различной степенью недоразвития, уменьшения или отсутствия продольных фиброзно-мышечных волокон, гипертрофией и гиперплазией циркулярных или увеличением соединительнотканых волокон.

Все эти процессы неразрывно связаны с явлениями диспропорции роста и дисфункции созревания тканей и органов мочевыделительной системы на фоне патологических изменений уродинамики и крово-лимфообращения с дисбалансом продукции цитокининов и фактора роста.

При любом виде мегауретера возобновление и поддержка уродинамики вместе с профилактикой нарушений кровообращения и воспаления создаёт условия для ликвидации диспропорции роста и дисфункции созревания (матuration) как самих мочеточников, так и других органов мочевыделительной системы.

Одним из перспективных методов лечения является метод трансвезикального ретроградного внутреннего стентирования (ТРВС) мочеточников

Стентирование мочеточников позволяет решить целый комплекс проблем:

- 1) возобновить и длительно удерживать уродинамику в пределах физиологических параметров
- 2) улучшить состояние лимфодренирования и кровообращения в почке и мочеточниках
- 3) создать безопасные условия для матuration
- 4) верифицировать диагноз и выявить сопутствующую патологию
- 5) провести уродинамическое обследование больного
- 6) подготовить, при необходимости, больного к другим методам лечения
- 7) использовать, с пользой для пациента, фактор времени.

Мы использовали классический двойной стент типа "поросычий хвост" изготовленный из текофлекса, который размягчается при температуре тела. Имеет гидрофильное покрытие. Размеры: диаметр 4,5 - 8,5 Fg, длина 8-30 см.

За период с 2006 по 2013 годы в клинике детской хирургии с диагнозом первичный обструктивный мегауретер пролечено 38 детей (42 мочеточника) возрастом от 3 мес. до 5 лет. Исходя с классификации

D. Beurton (1986г.) больные распределились: Iб ст. – 14, II ст. – 18, III ст. - 6 детей. Стент удерживали от 1 до 3 месяцев. У 8 больных (из 38) стентирование было безуспешным, так как из-за механического препятствия стент провести не удалось. Результаты лечения: 36,7% (11 детей) – отлично, 30,0% (9 детей) – хорошо, 20,0% (6 детей) – удовлетворительно, 13,3% (4 детей) – неудовлетворительно.

ВЫВОДЫ

Лечение урологической патологии у детей должно проходить исходя из понимания диспропорционального роста и дисфункционального созревания органов мочеполовой системы.

Трансвезикальное ретроградное внутреннее стентирование (ТРВС) скомпроментованных мочеточников в большинстве случаев является альтернативой открытых хирургических методов лечения мегауретера у детей.

ТРВС является для всех возрастных категорий малоинвазивным и может использоваться как метод окончательного лечения, так и метод подготовки больного к другим вариантам лечения.

Дальнейшее изучение и усовершенствование метода даст возможность определить его окончательное место в лечении мегауретера у детей.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ

*Дудник В.М., Звенигородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С.,
Педосенко О.Б.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №2

В Україні щорічно виявляють 3600–3700 дітей з вродженими вадами сечовидільної системи, у 15-20 % з них виявляють кістозні хвороби. Актуальність проблеми кістозних уражень нирок у дітей обумовлена частим розвитком ускладнень, таких як артеріальна гіпертензія та ниркова недостатність.

Мета роботи: визначити клініко-параклінічні особливості та критерії аутосомно-домінантного полікістозу нирок у дітей.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 17 дітей, з аутосомно-домінантним полікістозом нирок, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні педіатрії №1 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні у 2013 р. У дослідження були включені діти віком від 3 до 18 років (середній вік - 8 років), серед них хлопчиків було 9 (52,95 %), дівчаток – 8 (47,05 %).

Бордий Т.А., Чергинец Л.Н., Попович В.В., Копытько Л.А., Скотарь С.А. <i>ТРАНЗИТОРНАЯ ЭРИТРОБЛАСТОПЕНИЯ В СТРУКТУРЕ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i>	19
Борисова Т.П. <i>ДИАГНОСТИКА, МОРФОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ</i>	20
Боярский А.А., Губарь С.О. <i>АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ПАРАЗИТОЗАМ СРЕДИ ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	22
Будрейко О.А., Чумак С.О., Філіпова Н.В., Морозов О.В., Курбацька Т.П. <i>ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ</i>	23
Вялкова А.А., Гриценко В.А., Зыкова Л.С., Гордиенко Л.М. <i>ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ</i>	24
Гаріджук Л.І., Бобрикович О.С., Сем'янчук В.Б., Витвицька В.В. <i>ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ</i>	25
Давыдова А.Г., Курочкин М.Ю., Буйный И.А., Кожевников А.Б., Городкова Ю.В. <i>СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА</i>	27
Дмитряков В.А., Корниенко Г.В., Спахи О.В., Свекатун В.Н. <i>НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ</i>	29
Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С., Педосенко О.Б. <i>КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК У ДІТЕЙ</i>	31
Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Кравченко Л.Г., Копійка Г.К., Радюк Л.П. <i>АНАЛІЗ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПАТОГЕНІВ ПРИ ПОЗАШПИТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ - МЕШКАНЦІВ КРУПНОГО МІСТА</i>	32
Зюзіна Л.С., Мизгіна Т.І. <i>ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕКУРЕНТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</i>	34
Іванусь С.Г., Ільченко С.І. <i>ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІ НА МУКОВІСЦИДОЗ</i>	35
Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М. <i>ІМУНОКОРЕКЦІЯ ЧАСТОХВОРЮЮЧИХ ДІТЕЙ</i>	36
Іванусь С.Г., Крамаренко Н.М. <i>ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ</i>	38
Іванько О.Г., Пацера М.В. <i>ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ЯК ЦЕНТР ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</i>	40