

що дрениються, 2 дітям ми проводили бронхоскопічну санацію. При недренуючих абсцесах (7 хворих в основній групі) використовували дренивання порожнини абсцесу за Мональді зі встановленням режиму активної аспірації до 5-10 мм вод. ст. Дренування плевральної порожнини проводили за Бюлау. В основній групі хворих для санації плевральної порожнини застосовували розчин декасану – 0,02% та розчин реамберіну – 1,5 % у дозі 10 мл/кг за схемою: розчин декасану перший день на другий день розчин реамберіну, чергуючи кожен день до повної санації вогнища. У шістьох хворих основної групи (7,6%) з піопневмотораксом відзначалась наявність широкої бронхоплевральної нориці. У зв'язку з цим ми використовували метод пошукової оклюзії бронху за Гераськіним у комбінації з торакоскопією [5,7,8].

При стиханні гострих запальних явищ, клінічному покращенні стану хворого, зменшенні показників інтоксикації для профілактики розвитку вісцеро-паріетальних зрощень в основній групі у другій фазі запального процесу ми внутрішньоплеврально вводили рибонуклеазу пацієнтам у віці до 3 років 25 мг рибонуклеази на 15 мл фізіологічного розчину, старше 3 років - 35 мг рибонуклеази на 20 мл фізіологічного розчину один раз на день протягом п'яти днів з наступним обов'язковим застосуванням ультразвуку апаратом УЗТ-1.01Ф, що генерує ультразвук частотою 880 КГц.

Висновки

Застосування розробленої комплексної терапії, яка включає: диференційовані підходи до вибору методів санації гнійно-запального вогнища з використанням у поєднанні медикаментозних препаратів і малоінвазивних технологій (бронхоскопічна санація, дренивання абсцесів і плевральної порожнини, пошукова оклюзія бронхіальних нориць) та

застосування імунокорекції і сурфактантної замісної терапії призвело до швидкого терміну регресу гнійно-запального процесу з $7,4 \pm 1,8$ днів до $5,9 \pm 0$ днів, купірування загальноклінічних проявів захворювання, скорочення тривалості стаціонарного лікування з $23,5 \pm 1,8$ до $16,4 \pm 2,2$ ліжко-днів при нульовій летальності проти 4,7% у групі порівняння.

Література

1. Абаев Ю.К. Возбудители хирургической инфекции у детей: структура и эволюция / Ю.К. Абаев, А.А. Адарченко, Е.И. Гудеова // Детская хирургия. - 2007. - № 4. - С. 29-33.
2. Воробьев А.В. Кристаллогенез биологических жидкостей и субстратов в оценке состояния организма / А.В. Воробьев, А.К. Мартусевич, С.П. Перетягин. – Нижний Новгород: ФГУ «ННИИТО Росмедтехнологий». - 2008. – 384 с.
3. Кузьмин А.И. Диагностика, лечение, исходы и профилактика острой деструктивной пневмонии у детей / А.И. Кузьмин. — Самара: Содружество. - 2006. - 108 с.
4. Линник Н.И. Тактика лечения острых гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры / Н.И. Линник // Сучасні інфекції. - 2000. - № 2. - С. 31-37.
5. Разумовский А.Ю. Оперативная видеоторакокопия у детей / А.Ю. Разумовский, Е.М. Хаматханова // Хирургия. - 2003. - № 9. - С. 52-56.
6. Цуман В.Г. Гнойно-септические осложнения острых хирургических заболеваний у детей / В.Г. Цуман, А.Е. Машков. – М.: Медицина. – 2005. – 288 с.
7. Chan C.F. Thoracic empyema in children: early surgical intervention hastens recovery / C.F. Chan, W.J. Soong // Acta Paediatr. Taiwan. - 2003. - Vol. 44, № 2. - P. 93-97.
8. Engum S.A. Minimal access thoracic surgery in the pediatric population / S.A. Engum // Semin. Pediatr. Surg. - 2007. - Vol. 16, N 1. - P. 14-26.

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК:616.62-008.1-08-053.2

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ МІХУРО-СЕЧОВІДНИМ РЕФЛЮКСОМ

В.А. Дігтяр, М.В. Бойко, Л.М. Харитонюк, О.А. Островська, А.В. Обертинський, К.В. Шевченко

ДЗ “Дніпропетровська медична академія” МОЗ України
КЗ “Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня” ДОР

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

В.А. Дегтярь, М.В. Бойко, Л.Н. Харитонюк, О.А. Островская, А.В. Обертинский, К.В. Шевченко

ГУ “Днепропетровская медицинская академия” МЗ Украины
КП «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДОС

OUR EXPERIENCE IN TREATING CHILDREN WITH VESICOUTERAL REFLUX

V.A. Dihciar, M.V. Boiko, L.M. Kharytoniuk, O.A. Ostrovska, A.V. Obertynskyi, K.V. Shevchenko

SI Dnipropetrovsk medical academy of the Ministry of Health Care of Ukraine
Dnipropetrovsk Oblast Children's Clinical Hospital

Резюме. Міхуро-сечовідний рефлюкс (МСР) у дітей є найбільш частою причиною порушення уродинаміки та складає від 35% до 66,4% серед хворих із аномалією розвитку та інфекцією сечової системи. Наведені результати лікування 580 дітей із (МСР) віком від 6 місяців до 17 років. Застосування консервативних методів лікування привело до одужання 35,6% хворих дітей. Ефективність ендоскопічного методу лікування склала 87,3%. У 12,7% дітей з рецидивом МСР було проведено оперативне втручання. Застосування консервативних і ендоскопічних методів лікування є пріоритетними у виборі підходу до лікування МСР. Застосування ендоскопічного методу лікування обгрунтовано при неефективності консервативного лікування хворих, при II-IV ступенях МСР, МСР, який сформувався на фоні нейрогенної дисфункції сечового міхура та при МСР, які супроводжуються частими загостреннями пієлонефриту,

вираженими розладами уродинаміки та порушенням функції нирок.

Ключові слова: діти, міхурово-сечовідний рефлюкс, лікування.

Резюме. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) у детей является наиболее частой причиной нарушения уродинамики и составляет от 35% до 66,4% среди больных с аномалией развития и инфекцией мочевой системы. Приведены результаты лечения 580 детей с ПМР в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. Применение консервативных методов лечения привело к выздоровлению 35,6% больных детей. Эффективность эндоскопического метода лечения составила 87,3%. В 12,7% детей с рецидивом ПМР было проведено оперативное вмешательство. Применение консервативных и эндоскопических методов лечения являются приоритетными в выборе подхода к лечению ПМР. Применение эндоскопического метода лечения обосновано при неэффективности консервативного лечения больных, при II-IV степенях ПМР, ПМР, развившегося на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, которые сопровождаются частыми обострениями пиелонефрита, выраженными расстройствами уродинамики и нарушением функции почек.

Ключевые слова: дети, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, лечение.

Abstract. Vesicoureteral reflux (VUR) in children is the most common cause of urodynamics problems and constitutes from 35% to 66.4% among the patients with infection and abnormality of the urinary system. The results of treatment of 580 children with VUR at the age from 6 months to 17 years. The use of conservative treatments resulted in the recovery of 35.6% of sick children. The effectiveness of endoscopic treatment was 87.3%. There was performed a surgery to 12.7% of children with recurrent VUR. The application of the conservative and endoscopic treatment are priorities in choosing the approach to the treatment of VUR. The use of endoscopic treatment is substantiated when: failure of conservative treatment of patients with stages II-IV VUR, which developed on the background of neurogenic bladder dysfunction and in MCP, accompanied by frequent exacerbations pyelonephritis, expressed urodynamics problems and renal impairment.

Keywords: children, vesicouteral reflux, treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) у дітей є найбільш частою причиною порушення уродинаміки та розвитку рефлюкс-нефропатії. Частота МСР у дітей висока і становить від 35 до 66,4% серед хворих з аномалією розвитку та інфекцією сечової системи. Незважаючи на можливість до спонтанної регресії у 40% хворих, ризик прогресування фокального нефросклероза при МСР залишається високим і може призвести до розвитку хронічної ниркової недостатності, що й ускладнює вибір лікувальної тактики.

Мета. Вивчити та оцінити результати диференційованого підходу до лікування МСР в залежності від причин порушення уродинаміки та активності мікробного запального процесу сечової системи.

Матеріал і методи

Міхурово-сечовідний рефлюкс може бути вродженим і набути. Однією з головних причин розвитку вродженого міхурово-сечовідного рефлюксу можуть бути різні аномалії розвитку сечостатевої системи: зміни форми і ектопія вустя сечоводу, короткий відділ сечоводу, що розташовується в стінці сечового міхура. Міхурово-сечовідний рефлюкс може сформуватися у зв'язку з тривалою наявністю інфекції сечових шляхів, травмою або пухлиною сечового міхура. Серед причин, які сприяють виникненню і прогресу МСР, у 69% виявляються нейрогенні розлади функції сечового міхура.

В обласній дитячій лікарні проведено лікування 580 хворих дітей з МСР різного ступеня тяжкості. Для діагностики МСР використані методи дослідження (мікційна цистуретрографія, ультрасонографія з водним навантаженням). Високу інформативність в оцінці стану сечової системи має доплерографія ниркового кровотоку, при якій визначалися показники максимальної і мінімальної систолічної швидкості кровотоку та індекс резистентності. Доплерографія сечовідного викиду дозволила оцінити функціональний стан в юктавезікальному та вінтрамуральному відділах сечоводу. МСР і його ступінь визначалися за даними мікційної цистографії згідно з класифікацією Інтернаціонального комітету з вивчення міхурово-сечовідного рефлюксу. Для встановлення виниклих змін проводилася оцінка стану запального процесу. При проведенні цистоскопії оцінювали стан слизової оболонки сечового міхура, розмір і форму вусть сечоводів. Для характеристики розташування вусть сечоводу використовувалася схема Lyona (1977), в якій виділялося 8 зон можливої локалізації вусть.

В даний час не існує єдиної думки щодо ефективності консервативного, ендоскопічного або відкритого оперативного методів лікування МСР. Відсутні чіткі показання до вибору методу лікування даної патології. Згідно з літературними даними ефективність консервативної терапії МСР

різного ступеня становить від 20 до 80%. Ендоскопічний метод лікування відноситься до високотехнологічних і малоінвазивних методів і є пріоритетним в даний час.

Результати та їх обговорення

На лікуванні в обласній дитячій лікарні Дніпропетровська перебувало 580 хворих з різним ступенем і формою МСР у віці від 3 місяців до 17 років. Консервативне лікування отримували 161 хворий, оперативне лікування проведено 72 хворим і ендоскопічна корекція виконана у 347 хворих.

Протягом останніх восьми років в обласній дитячій лікарні було проведено 347 ендоскопічних операцій дітям від 6 місяців до 17 років. Серед хворих переважала група дівчаток, їх було 250 (72,1%). У віці до 6 місяців – 13 хворих, до 4-х років проліковано 147 дітей, 4-9 років – 30 дітей і старше 9 років – 57 дітей. При проведенні обстеження у 198 хворих рефлюкс виявлений з двох сторін, у 99 хворих – лівобічний і у 50 хворих виявлено правобічний міхурово-сечовідний рефлюкс. Найбільшу групу хворих склали хворі з III ступенем рефлюкса (214 – 61,6%).

При вивченні історії хвороби було виявлено, що причиною для обстеження у 163 хворих явилась наявність рецидивуючої інфекції сечової системи, яка проявлялася транзитною лейкоцитурією, дізурічними розладами. Друга група хворих – 96 дітей отримували консервативне лікування у зв'язку з явищами піелонефриту, який носив безперервно рецидивуючий характер і у 88 хворих обстеження проведено у зв'язку з наявністю розширеної чашково-мискової системи. Проаналізувавши анамнез захворювання 347 хворих, яким проведено ендоскопічне оперативне втручання, нами виявлено: 133 хворих отримували антирефлюксну консервативну терапію, яка виявилася безуспішною; 91 дитина отримувала лікування у зв'язку з наявністю нейрогенної дисфункції сечового міхура, а 97 хворих діагностовано встановлено при плановому обстеженні. Крім цього, ендоскопічне лікування проведено також групі хворих з рецидивом МСР. Ця група складала 39 дітей, у 29 дітей спостерігалися двобічні зміни вусть, у 7 – лівостороннє і 3 – правостороннє ураження. При цистоскопії у 72 хворих дітей виявлено зміни розташування вустя сечоводу – латеральна ектопія, у 4 – медіальна ектопія і у 10 хворих вустя відкривалися в безпосередній близькості від внутрішнього отвору уретри. Оцінюючи форму вусть сечоводів, ми виявили наступні зміни форми: овальна – 179 випадків, кулястоподібна – 6, щілиноподібна – 45, лійкоподібна – 24 і по типу «риб'ячого рота» – 19 випадків. У 85,75% хворих зустрічалось різке зянення вусть. При проведенні маніпуляції привертала увагу стан слизової оболонки сечового міхура: гіперемія слизової сечового міхура в області шийки і трикутника Лье – у 163 хворих, а у 57 хворих виявлена різко виражена трабекулярність, судинний малюнок посиленний, судини ін'єктовані, у 43 хворих

виявлені бульозні зміни. При виявлених змінах в післяопераційному періоді хворим обов'язково проводилася тривала терапія, спрямована на усунення запального процесу і відновлення функції сечового міхура.

Позитивний результат від проведеного консервативного лікування досягнутий у 35,6% хворих, ефективність ендоскопічного методу корекції МСР досягнута у 53,34% хворих. Оцінюючи результати первинної ендоскопічної пластики вусть, позитивний результат досягнутий у 87,3% випадків. В 12,7% випадків спостерігався рецидив рефлюксу, але ступінь рефлюксу була значно нижчим. При повторному підведенні гелю в 60% хворих відзначено ефективність проведеного лікування, в 20% випадків позитивний результат досягнутий після третього підведення гелю. У 72 хворих ефект від проведеного лікування не спостерігався, їм проведено оперативне втручання – операція Коена. Ця група склала 11,06%.

Висновки

Застосування консервативних і ендоскопічних методів лікування є пріоритетними у виборі підходу до лікування МСР. Застосування ендоскопічного методу лікування обґрунтовано: при II-IV ступенях МСР, який сформувався на фоні нейрогенної дисфункції сечового міхура та при МСР, при первинному МСР II-IV ступеня з порушенням функції нирок і вираженими розладами уродинаміки, частими загостреннями пієлонефриту.

При важких ступенях рефлюксу і при виражених змінах будови сечового міхура хворі з МСР потребують тривалого консервативного лікування, спрямованого на відновлення трофіки та функції сечового міхура і сечоводів. Диспансерний нагляд за хворими дітьми повинен бути тривалим з обов'язковим проведенням неодноразово контрольних цистографій.

Література

1. Возанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Є. Вроджені вади сечових шляхів у дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 218
2. Диагностика мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей раннего возраста / В.Н. Грона, В.Н. Мальцев, А.А. Щербинин, А.В. Щербинин, С.А. Фоменко, С.Е. Марков, П.А. Лепихов // Здоровье ребенка. - 2007. - №3. - С. 93-96
3. Сеймівський Д.А., Калішук О.А., Петербургський В.Ф., Оцінка можливостей ендоскопічної корекції міхурово-сечоводного рефлюкса за даними віддалених результатів//Хірургія дитячого віку.-2005.-№1.-сю.25-28.
4. Соловйов А.Є., Дмитряков В.О., Запорожченко А.Г., Барухович В.Я. та інші, Досвід ендоскопічного лікування міхурово-сечоводного рефлюкса у дітей// Праці науково-практичної конференції дитячих урологів України.-Львів-Київ,-2005.-с.23-2
5. Люлько А.В., Терещенко А.В., Сеймівський Д.А. Нарушения уродинамики мочевыводящих путей у детей. - Днепрпетровск: Пороги, 1995.-С. 375

Надійшла 01.07.2014 року.

УДК: 616.617-007.64-07-08-233.01.75.053.2

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МЕГАУРЕТЕРУ У ДІТЕЙ

В.О. Дмитряков, Г.В. Корнієнко
Запорізький державний медичний університет

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

В.А. Дмитряков, Г.В. Корниенко
Запорожский государственный медицинский университет

SPECIFIC EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MEGAURETER IN CHILDREN

V.O. Dmytriakov, H.V. Korniienko
Zaporizhzhia State Medical University

Резюме. Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 38 дітей з різними ступенями мегауретеру. Підтверджена ефективність ендоскопічного лікування мегауретеру шляхом бужування та стентування сечоводів. Обґрунтовані показання і розроблена методика ендоскопічного стентування розширеного сечоводу при мегауретері, як альтернативи оперативному втручанню.

Ключові слова: діти, мегауретер, стентування.

Резюме. Проведен анализ результатов обследования и лечения 38 детей с различными степенями мегауретера. Подтверждена эффективность эндоскопического лечения мегауретера методом бужирования и стентирования мочеточников. Обоснованы показания и разработана методика эндоскопического стентирования расширенного мочеточника при мегауретере, как альтернативы оперативному вмешательству.

Ключевые слова: дети, мегауретер, стентирование.

Abstract. There has been held an analysis of examination and treatment of 38 children with different stages of megaureter. There has been set the effectiveness of endoscopic treatment of megaureter by the way of stenting of ureters. Indications have been justified and a methodics of endoscopic stenting of an extended sechelt while having megareuter as an alternative of surgical operation.

Keywords: children, megaureter, stenting.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Вади розвитку органів сечовивідної системи займають одне з провідних місць і складають понад 40% серед вроджених захворювань дитячого віку [1, 5, 6]. З кожним роком зростає кількість хронічних захворювань нирок, збільшується кількість вроджених вад сечовивідної системи та спадкових

форм урологічної патології. Серед них різні варіанти обструктивних уропатій складають до 45%, або 12-17% від усіх вроджених вад розвитку [4].

Разом вади розвитку сечової системи з сумісними та транзиторними станами складають 8,5% всіх вроджених вад, які виявляються за допомогою УЗД. Приблизно 14% всіх