

закончив лечения, 2 ребенка с ожогами средней степени тяжести.

Умер 1 ребенок в возрасте 2 лет с диагнозом: термический ожог пламенем головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей площадью 65% в стадии ожоговой септикопиемии.

Таким образом, по возрастной структуре основная доля ожогов приходится на возраст от 1 до 3 лет, по механизму получения травмы преобладает ожог кипятком, что обусловлено этапами развития ребенка (первые шаги, несовершенная координация движений и моторики, любознательность). Наиболее оптимальным, по нашим данным, является открытый и смешанный способ лечения ожогов у детей как обеспечивающие низкую летальность.

ВЫБОР КОНСЕРВАТИВНОГО ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Щеберяко Е. Н., Скоробогатых А. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра урологии, анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.И. Юшко

Введение: До сих пор в литературе [1,2] доминирует мнение, что хирургическая коррекция первичного обструктивного мегауретера (ПОМУ) является наиболее оптимальным способом лечения данного порока развития. В то же время нет четких показаний к тому или иному виду оперативного лечения, и существует большой процент развития ранних и поздних послеоперационных осложнений. С другой стороны, в течение последнего десятилетия в зарубежной литературе [3,4] постоянно дискутируется вопрос об эффективности консервативной терапии ПОМУ.

Цель исследования: выработать эффективную тактику лечения ПОМУ у детей.

Материалы: В период с 1981 по 2005 год под наблюдением находилось 84 детей. Одностороннее поражение отмечалось в 63,1%

случаев (чаще левостороннее). Всего было 115 патологических мочеточников. План обследования включал: экскреторную урографию (ЭУ), микционную цистографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, цистоскопию, клиничко-биохимические исследования. Хронический пиелонефрит был выявлен у 100% больных, хронический гранулярный цистит у 8,3%. Разделение детей с ПОМУ по степеням проводили по данным УЗИ и ЭУ с учетом дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточников: I степень - 18 больных (21,5%), II степень - 14 (16,7%), III степень - 39 (46,4%), IV - 12 (14,2%), V - 1 (1,2%). Консервативное лечение включало в себя: антибактериальную терапию пиелонефрита со сменой уросептиков каждые 7-10 дней до стойкой клиничко-лабораторной ремиссии с последующей фитотерапией, соблюдение режима регулярных мочеиспусканий каждые 1,5-3 часа, занятия лечебной физкультурой, лечение запоров.

Результаты лечения: были хорошими у 36 (42,8%) больных, удовлетворительными - у 35 (41,7%), неудовлетворительными - у 13 (15,5%). Консервативное лечение было наиболее эффективно при низких степенях ПОМУ (I и II). Полное исчезновение ПОМУ отмечалось у 12 (14%) детей, при этом возраст детей не превышал 3 лет. 13 детей с неудовлетворительным результатом были прооперированы (уретеронеоцистоанастомоз) в сроки от 12 до 24 месяцев от начала лечения. В послеоперационном периоде хорошие результаты составили 76,9% случаев.

Заключение: Эффективность консервативного лечения зависела от исходной степени ПОМУ и возраста ребенка. При ПОМУ I и II степени эффективно консервативное лечение. При III степени проводится консервативное лечение, при его неэффективности проводится оперативное лечение. При IV и V степени консервативное лечение не эффективно, поэтому применяется оперативное лечение. Показания для оперативного лечения базируются на результатах специальных исследований, основными критериями являются динамика дилатации

чашечно-лоханочной системы и хронического пиелонефрита, сохранность функции почек.

Литература:

1. Довлатян А. А. Оперативное лечение нервно-мышечной дисплазии мочеточника. // Урология. – 2005. - №3. – С. 38-43.
2. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии. // М.: Медицина. – 1998. – т. 2. – 356 с.
3. Arena F., Baldari S., Proietto F., et al. Conservative treatment in primary neonatal megaureter. // European J. Pediatric surgery. - 1998. - Vol. 6. - P. 347-351.
4. Dawn L., McLellan, Alan B. Retik, et al. Rate and predictors of spontaneous resolution of prenatally diagnosed primary nonrefluxing megaureter. // The Journal of Urology. – 2002. – Vol. 168. - P. 2177-2180.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Юргель Е.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители – к.м.н., доцент М.И. Богуцкий;

к.м.н., доцент Т.Ю. Егорова

Наличие гепатобилиарной патологии и возникновение синдрома желтухи во время беременности всегда рассматривалось как тревожный признак серьезного неблагополучия, угрожающего здоровью женщины и плода [1, 2].

Цель исследования. Изучение характера патологии гепатобилиарной системы у беременных и её влияние на течение беременности и родов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 72 беременные в возрасте от 19 до 43 лет, средний возраст которых