

ботка заданий в тестовой форме для LMS Moodle/ С.И. Клинецвич, Е.Я. Лукашик, А.К. Пашко//Перспективы развития высшей школы: материалы VIII Международной науч.-метод. конф./редкол: В. К. Пестис [и др.]. - Гродно: ГГАУ, 2015. –С. 236-238.

УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ВЫЯВЛЯЕМАЯ С ПОМОЩЬЮ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ У ДЕТЕЙ

Хлебовец Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Среди аномалий мочевыделительной системы большое значение имеют различные варианты обструктивных уропатий – заболеваний, которые приводят к нарушению пассажа мочи из почки и в дальнейшем к снижению функциональной ее способности, развитию пиелонефрита и хронической почечной недостаточности, ранней инвалидизации и снижению качества жизни пациента. К наиболее часто встречающемуся виду обструктивных уропатий у детей относится пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в верхние мочевыводящие пути. Он встречается у 60–75% пациентов с расстройствами мочеиспускания и рецидивирующей мочевой инфекций. Возникнув в раннем возрасте, рефлюкс способствует формированию уретрогидронефроза, развитию тубулоинтерстициальных болезней почек с формированием хронической болезни почек, терминальной ХПН.

Микционная цистография (МЦ) является одним из основных методов диагностики ПМР, которая позволяет оценить не только нарушение пассажа мочи, но и анатомическое и функциональное состояние мочевого пузыря и уретры [1, 3].

Одним из актуальных аспектов современной детской урологии является диагностика пороков мочевыделительной системы на антенатальном этапе, их доля среди всех антенатально диагностируемых пороков составляет 26–28% [2].

Цель исследования: изучить структуру урологической патологии по данным микционной цистографии у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Проведен анализ данных МЦ детей находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ» за пери-

од с января 2013 г. по декабрь 2014 г.

Анализировались степени рефлюкса и их характеристика, структура анатомических изменений мочевого пузыря и уретры, возраст и пол пациентов.

Результаты и их обсуждение. Показаниями для проведения МЦ были подозрение на вторичный ПеН, рецидивирующую инфекцию мочевых путей, уретерогидронефроз, энурез, пиелозктазию, ВПР почек.

Всего за 2013–2014 гг. в УЗ «ГОДКБ» были проведены 572 МЦ у детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет. За 2013г. – 267 (47%), за 2014г. – 305 (53%). У мальчиков произведено МЦ 179 (31%), у девочек – 393 (69%). По возрасту дети распределились следующим образом: до 1 года – 75 (13%), 1–5 лет – 177 (31%), 5–10 лет – 163 (29%), старше 10 лет – 157 (27%).

Среди всех обследованных детей наиболее часто выявлен ПМР (у 133 пациентов (23%)) в связи, с чем мы более подробно остановимся на этой патологии.

Мальчиков с ПМР было 41 (31%), девочек – 92 (69%). Возрастной состав детей с ПМР следующий: дети до 1 года – 27 (20%), от 1 до 5 лет – 46 (35%), от 5 до 10 – 35 (26%), старше 10 лет – 25 (19%).

Односторонний ПМР выявлен у 83 (62%), двусторонний – у 50 (38%). У детей с односторонним ПМР в 26 случаях (31%) наблюдался рефлюкс правой почки, а у 57 (69%) – левой почки, из них 2 ребенка имели ПМР в левую удвоенную почку.

Степени тяжести одностороннего рефлюкса правой почки следующие: I ст. у 6 детей (23,0%), II ст. – 3 (11,5%), III ст. – 10 (38,5%), IV ст. – 3 (11,5%), V ст. – 1 (3,9%), II–III ст. – 2 (7,7%), III–IV ст. – 1 (3,9%); слева – I ст. выявлена у 16 детей (28,1%), II ст. – 3 (5,3%), III ст. – 20 (35,1%), IV ст. – 13 (22,8%), I–II ст. – 2 (3,5%), II–III ст. – 2 (3,5%), III–IV ст. – 1 (1,8%). Из этих данных следует, что чаще у обследованных пациентов выявлялся рефлюкс III ст.: справа – 10 детей (38,5%) и слева – 20 (35,1%). Помимо этого слева выявлялся также ПМР I ст. у 16 детей (28,1%) и IV ст. – у 13 (22,8%).

У 38 детей (76%) с двусторонним ПМР степень рефлюкса обеих почек была одинаковой, а у 12 (24%) – разной. Структура двустороннего ПМР с одинаковой степенью рефлюкса обеих почек выглядит следующим образом: I ст. – 11 детей (29,0%), II ст.

– 4 ребенка (10,5%), III ст. – 13 детей (34,2%), IV ст. – 6 детей (15,8%), I–II ст. – 2 (5,3%) ребенка, II–III и III–IV ст. по 1 (2,6%) ребенку.

Анализ степеней тяжести ПМР у детей в возрасте до 1 года (27 детей) показал, что основная масса их имела рефлюкс III и IV ст. (13 и 9 детей соответственно) и лишь 4 ребенка – II ст., и только 1 ребенок – I ст.

Нами ранее изучалась структура ПМР за период с 2005 по 2009 год [3]. Сравнивая наши данные, с прошлыми исследованиями установлено, что сохраняются те же закономерности но с тенденцией к увеличению ПМР, а у детей в возрасте до одного года частота ПМР практически одинакова (19,7% и 20% соответственно).

У обследованных детей с помощью МЦ выявлены также анатомические изменения мочевого пузыря и уретры: расширенная уретра – у 7 детей (1%), дивертикул мочевого пузыря – у 9 (1,6%), два и более дивертикула мочевого пузыря – у 3 (0,5%), волнистый неровный контур мочевого пузыря – у 12 (2%), неправильная форма мочевого пузыря – у 5 (0,9%), небольшое отклонение вправо мочевого пузыря – у 2 (0,35%), полип мочевого пузыря – у 1 ребёнка (0,2%).

Выводы

1. Среди обследованных пациентов почти у каждого четвертого ребёнка (23%) выявлен ПМР. У девочек ПМР выявлялся в 2,2 раза чаще, чем у мальчиков (69% и 31% соответственно).

2. Чаще встречался односторонний ПМР (62%), причём левосторонний рефлюкс составил 69% случаев. Среди детей с односторонним ПМР чаще имел место рефлюкс III степени.

3. ПМР выявлялся чаще в возрасте от 1 до 5 лет (35%), однако каждый пятый ребёнок с ПМР был в возрасте до 1 года (20%), причём чаще III–IV степени. В связи, с этим необходимо более углубленно обследовать детей в возрасте до 1 года, что возможно позволит выявить ПМР на более ранних стадиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугачев, А.Г. Детская урология: руководство для врачей / А. Г. Пугачев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 832 с.
2. Пренатальное консультирование детским урологом и тактика принятия решений при диагностике синдрома «мегацистис» в первом триместе гестации / Л. А. Дерюгина [и др.] // Лечащий врач. – 2015. – № 1. – С.

3. Диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей / Н. И. Хлебовец [и др.] // Актуальные вопросы детской хирургии: сб. научных трудов V Респ. науч.-практ. конф. по детской хирургии, посвящ. 40-летию Детского хирургического центра и каф. дет. хирургии БГМУ. – Минск: БГМУ, 2010. – С. 434–437.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ 7-17 ЛЕТ Г.ГРОДНО

Хмурчик Н.А., Ковалева Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет

В настоящее время накоплено значительное количество исследований, доказывающих наличие достоверных связей между антропометрическими показателями и состоянием различных систем организма [2,5]. Антропометрические особенности выявлены у лиц с генетическими дефектами, эндокринными нарушениями, заболеваниями внутренних органов, психическими отклонениями, повышенным риском смерти [2]. Поэтому оценка физического развития не только дополняет клиническую картину рядом признаков, характеризующих заболевание, но и оказывает помощь в постановке диагноза, оценке риска развития патологии у ребенка в будущем [1,2].

Часто отклонение от нормы соматометрических показателей является первым важным проявлением как нарушения функционального состояния организма школьника, так и уже имеющегося у него заболевания [3,4]. Поэтому изучение типов телосложения школьников г.Гродно является актуальным.

Цель исследования: установить особенности распределения типов телосложения у здоровых детей 7-18 лет г.Гродно.

Материалы и методы. Обследовано 535 здоровых детей в возрасте 7-18 лет, учащихся ГУО «Средняя школа № 12 г. Гродно» и студентов 1-2 курсов УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Антропометрическое обследование детей 7-18 лет проведено с использованием унифицированной методики В. В. Бунака и стандартных инструментов.

Определение типа телосложения проводилась по новой количественной схеме, разработанной и внедренной группой бело-