

В качестве методов диагностики за время нахождения в стационаре наряду с УЗИ почек и мочевого пузыря применялись: внутривенная урография – у 27 детей (37,5%), цистография – у 27 детей (37,5%), цистоскопия – у 6 детей (8,3%).

Результаты исследования показали, что в большинстве случаев исходом лечения явилось улучшение – у 48 детей (66,6%), 24 ребенка выписаны без перемен (33,3%). Подавляющее большинство детей, выписанных без перемен (96%), находились на плановом лечении и обследовании.

Выводы:

1. Результаты исследования свидетельствуют о хороших результатах хирургического лечения гидронефроза, отсутствии рецидивов заболевания.
2. Отмечается удовлетворительное качество жизни у всех пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу врожденного гидронефроза.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ И ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Ковальчук В.И., Доста А.М., Ходкевич М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Сегодняшняя концепция лечения гипоспадий сводится к преимущественному применению одноэтапных операций, а также возможному сохранению уретральной площадки и использованию ее для уретропластики даже при проксимальных гипоспадиях.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологии, основных методик хирургической коррекции и результатов лечения гипоспадии на современном этапе развития детской урологии.

Материал и методы исследования. Обследовано 179 детей, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГОДКБ» с гипоспадией. Использован сплошной метод наблюдения за период с 2007 по 2014 гг., на основании изучения медицинских карт стационарного больного».

Результаты и их обсуждение. 134 (74,8%) мальчика были госпитализированы по поводу данного заболевания впервые, остальные 45 (25,2%) – повторно, из них: 38 (21,3%) пациентов – с послеоперационными осложнениями гипоспадии и 7 (3,9%) детей – для дальнейшего этапа хирургической коррекции. Средний возраст госпитализированных детей – 5,4 года.

Отягощённая наследственность по гипоспадии наблюдалась у 3 (1,68%) детей (во всех случаях у двоюродных братьев). У 20 (11,2%) мальчиков гипоспадия сочеталась с другими врожденными пороками раз-

вития: атрезия пищевода – у 4 (2,24%) детей; пупочная грыжа – у 5 (2,8%); паховая грыжа – у 4 (2,24%) пациентов; скрытый половой член у 1 (0,56%) ребенка; монорхизм – у 1 (0,56%); гипоплазия почки – у 1 (0,56%); крипторхизм – у 3 (1,68%) и агенезия мошолистого тела у 1 (0,56%) ребенка.

Сочетание данного порока развития с доброкачественными новообразованиями наблюдалось у 1,68% детей (гемангиома у 3 пациентов), а у 4,48% случаев гипоспадия сочеталась с аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма у 1 ребенка; пищевая аллергия – у 5 и лекарственная аллергия у 2 детей).

У 134 (74,8%) пациентов наблюдались следующие формы гипоспадии: головчатая – у 46 (25,74%) пациентов; стволовая – у 64 (35,72%); мошоночная – у 19 (10,54%) детей; с промежностной формой не было ни одного ребёнка; гипоспадия без гипоспадии – у 5 (2,8%) мальчиков.

С послеоперационными осложнениями гипоспадии поступило 38 детей (21,3%): рецидив гипоспадии – у 7 (3,92%) детей; стриктура наружного отверстия уретры – у 9 (5,04%); свищ уретры – у 18 (10,08%) пациентов; некроз кожного лоскута у 2 (1,12%); острая задержка мочи у 1 (0,56%) и частичный некроз головки полового члена также у 1 ребенка.

Для коррекции порока были использованы различные методики хирургического вмешательства. Основным методом явилась пластика дистального отверстия уретры по Снодграссу – у 99 (55,2%) детей. Пластика уретры по Дюплею выполнялась 19 (10,64%) пациентам; пластика дистального отдела уретры методом DUAGO – 6 (3,36%); пластика уретры по MAGPi – 3 (1,68%) детям. Выпрямление полового члена с пластикой кожи по Майсу – Омбрелдану выполнялась 7 (3,92%) детям с мошоночной формой гипоспадии, как I этап коррекции порока. В качестве II этапа были использованы пластика дистального отверстия уретры по Снодграссу – 4 (2,24%) и пластика уретры по Дюплею – 3 (1,68%) детям.

Для коррекции послеоперационных осложнений применялись: пластика дистального отдела уретры по Снодграссу – 10 (5,6%) детям; пластика свища уретры – 18 (10,08%); пластика наружного отверстия уретры – 1 (0,56%); меатотомия – 9 (5,04%).

Средняя длительность оперативного вмешательства – 80 минут.

В послеоперационном периоде в отделении интенсивной терапии и реанимации находилось 155 детей (86,8%), средняя длительность пребывания с 2007 по 2014 гг. составила 15 часов 45 минут.

Температурная реакция: субфебрильная – у 95 (53,2%) детей; фебрильная – у 7 (3,92%); у остальных – в пределах возрастной нормы.

Изменения в общем анализе крови после операции наблюдались у 70,5% детей в виде нейтрофильного лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, микроцитарной гипохромной анемии; изменения в общем анализе мочи – у 80% детей в виде протеинурии (15,65%), гематурии (56,55%), лейкоцитурии (27,8%).

Срок стояния катетера в среднем составил 6,75 дней, эпицистостомы (у 37 детей) – 10,8 дней.

Средняя длительность пребывания в стационаре с 2007 по 2014 гг. составила 12,1 дней.

Результаты исследования показали, что в большинстве случаев исходом лечения явилось выздоровление – у 161 (90,16%) пациента; послеоперационные осложнения, в том числе рецидив осложнения наблюдались у 18 (10,08%) пациентов: у 10 пациентов – свищ уретры; у 7 – стриктура наружного отверстия уретры и у 1 пациента – некроз кожного лоскута.

Выводы:

1. Гипоспадия у 3 (1,68%) мальчиков носит наследственный характер, а у 31 (17,36%) – сочетается с другими заболеваниями и врожденными пороками развития.
2. Хирургическое лечение гипоспадий стало более эффективным, предсказуемым и менее обременительным для маленького пациента и его семьи.
3. Основной методикой хирургического вмешательства в настоящее время является пластика дистального отдела уретры по Снодграссу.

Литература:

1. Smith ED. Hypospadias. // Ashcraft Keith W. Pediatric Urology. Philadelphia: Saunders Company 1990. P. 353–395.
2. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. М.: Медицина, 1986. С. 217–235.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШСПРУНГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ

Ковальчук В.И., Ковальчук-Болбатун Т.В., Самарин И.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Болезнь Гиршспрунга (БГ) – второе (после пилоростеноза) по частоте распространения заболевание детей, приводящее к нарушению проходимости желудочно-кишечного тракта. Основной способ лечения болезни Гиршспрунга – хирургический, заключается в удалении зоны аганглиоза и частичном удалении измененного участка толстой кишки в зоне пристенотического расширения [1, 2].

Цель исследования – изучение хирургического лечения Болезни Гиршспрунга в зависимости от клинической формы.

Материал и методы исследования. Обследовано 13 детей, находившихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2011 по 2014 гг. Использован сплошной метод наблюдения за промежутком времени с 20011 по 2014 гг.