

ИТОГИ ДЕТСКОЙ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

И.А. Панченко, Э.С. Мараян, А.Б. Аветисян

Медицинский центр охраны мужского здоровья, Ставрополь, Российская Федерация

В соответствии с приказом Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 апреля 2008 г. №183н «О проведении в 2008-2010 годах диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» сотрудниками МУЗ «Медицинский Центр Охраны Мужского Здоровья» проведена детская уроandroлогическая диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных государственных учреждениях здравоохранения, образования, социальной защиты населения.

Согласно приказу Минздрава России от 12 августа 2003 года №404 «Об организации деятельности врача - детского уролога-андролога» в 2007 году в г. Ставрополе силами Управления здравоохранения Администрации г. Ставрополя выделено дополнительно 2 ставки детских урологов-андрологов для проведения специализированных осмотров детей, направленных на своевременное выявление врожденных пороков, приобретенных заболеваний и поврежденных органов мочевыделительной и репродуктивной систем, в рамках Ставропольской Программы охраны мужского здоровья.

Итоги данных профилактических осмотров оказались крайне неутешительными. Среди 2188 осмотренных детей выявлено 460 (21%) случаев заболеваний мужской репродуктивной сферы, требующих тщательного обследования и наблюдения со стороны детских урологов-андрологов, а около 35% из общего числа патологий требуют незамедлительного лечебного вмешательства в стационарных условиях. Причем на долю детей до 7 лет приходилось около 3,6% патологий (29,6% патологий в своей группе), от 8 до 15 лет - около 15% (21% - в своей группе), старше 16 лет - 2,4% (13,7% - в своей группе).

Наиболее часто диагностируемыми заболеваниями среди общего числа осмотренных детей всех возрастных групп являлись: варикоцеле 8,7% (42,2% из числа патологий), патология крайней плоти 9,7% (47,3% из числа патологий), крипторхизм 0,8% (4% из числа патологий), а 1,8% пришлось на долю других патологий – грыжа паховая/пахово-мошоночная, киста семенного канатика, киста придатка яичка, баланопостит, гидроцеле, гипоплазия яичка, анорхизм (состояние после оперативного вмешательства).

Данные показатели указывают на высокую эффективность и необходимость специализированных уроandroлогических осмотров детей в сфере современной государственной демографической политики.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

**Э.В. Портнягина, В.А. Юрчук, Д.А. Дергачев, Т.Г. Брюховец,
А.Г. Стрельников, А.Ю. Демин**

**Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация**

Морфологические исследования почечной паренхимы проведены у 72 больных на 74 почках. Выявлено, что независимо от причины обструкции и морфологических свойств в прилоханочном сегменте мочеточника в паренхиме почки наблюдались однотипные морфологические изменения.

По характеру морфологических изменений больные были разделены на 3 группы. В первой группе на фоне умеренных диспластических изменений (I степень) отмечались вторичные изменения в виде расширения просвета капсул Шумлянско-Боумана, расширение перитубулярных капилляров, стаз эритроцитов, слущивание нефротелия. Такая картина характерна для детей старше 4-х летнего возраста на фоне латентного течения заболевания. У больных второй группы в почке обнаружены выраженные диспластические изменения с наличием фетальных гломерул, незрелых клубочков, очажков мезангиальной ткани (II степень). На фоне дисплазии в корковом веществе определялись массивные поля некротизированных канальцев, просветы канальцев забиты детритом, щеточная кайма разрушена, что свидетельствовало о структурно-функциональных нарушениях. В большей части препаратов отмечена выраженная гистиолимфоцитарная инфильтрация, свидетельствующая о присоединении воспалительного процесса. Такая морфологическая картина была, в основном, у детей от 0 до 2-х лет. В третьей группе признаков дисплазии не выявлено. Морфологическая картина характеризовалась признаками гидронефроза: истончение коркового и мозгового вещества, пролиферация мезангиальных клеток, очаги некроза и «лапчатость» клубочков, т.е. признаки фиброза, также отмечена гистиолимфоцитарная инфильтрация. Все биоптаты принадлежали детям от 8 до 15 лет с «бессимптомным» течением гидронефроза.

Таким образом, тяжесть поражения почечной паренхимы при гидронефрозе находилась в прямой зависимости от степени дисплазии, длительности обструкции и присоединившегося воспалительного процесса.

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ: ВЫБОР МЕТОДА, ОСЛОЖНЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ

В.М. Сенякович, И.А. Шишкин, Ш.Р. Джаборров, И.В. Киргизов
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Диагностические затруднения в дифференциальной диагностике врожденной и приобретенной патологии печени определяют показания к проведению морфологического исследования биоптата паренхимы.

Пациенты и методы. Не подлежит сомнению, что пункционная биопсия является наиболее щадящим, а полу-