

Таким образом, проведенное исследование показывает, что патология ЩЖ у детей не является редкой и требует рассмотрения в различных направлениях: клиническом, морфологическом, эпидемиологическом, экологическом и др.

Литература

1. Хмельницкий О.К. Щитовидная железа жителей Санкт-Петербурга в норме и при патологии. СПб., 2003.
2. Захарченко М.П., Гончарук Е.И., Кошелев Н.Ф., Сидоренко Г.И. Современные проблемы экогигиены. Киев, 1993. Ч. 1, 2.
3. Сапунов В.Б. // Ноология, экология ноосферы, здоровье и образ жизни. СПб., 1996. С. 12.
4. Авцын А.П. Введение в географическую патологию. М., 1972.
5. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. СПб., 2002.
6. Дерижанова И.С., Сидоренко С.И. и др. // Тез. докл. II науч. сессии РостГМУ. Ростов н/Д, 1998. С. 31.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 18 октября 2005 г.

УДК 616.61-053.3-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

© 2005 г. Б.М. Лолаева

46 children in the age from one year old with various forms of megaureter were operated on 78 ureterovesical segments. 32 patients had bilateral lesions, 17 children had obstructive megaureter, 29 children had reflexive one. One-stage operation was done to 19 children with bilateral megaureter, 13 children were operated by several-stage operation. In all cases we made neoimplantation of ureter with antireflux defence. Good results were achieved in 35 patients, satisfactory in 6, unsatisfactory in 5 patients. We found out the causes of immediate and late postoperative complications, the removal of which provided us an opportunity to improve the results of surgical treatment of megaureter in children.

Мегауретер у детей относится к одной из наиболее тяжелых форм уропатии, которая нередко служит причиной хронической почечной недостаточности и гибели почки. Хирургическое лечение мегауретера остается актуальной проблемой из-за частого развития осложнений, причинами которых являются уродинамические нарушения в мочеточнике, возникающие в результате поздней диагностики, неадекватности выбора сроков и методов хирургических пособий. Для коррекции мегауретера наибольшее распространение получили операции, предложенные W.H. Hendren,

S.J. Cohen, P.-Leadbetter и различные их модификации [1–6]. Результаты оперативного лечения до настоящего времени остаются малоутешительными. Хорошие результаты, по данным различных авторов, наблюдаются в 23,5–80 % [7, 8].

Целью настоящей работы явилось проведение анализа результатов хирургической коррекции мегауретера у детей для выявления и устранения причин послеоперационных осложнений.

Материалы и методы

Нами оперированы 46 детей раннего возраста (от 3 месяцев до 1 года) с различными формами мегауретера на 78 уретерovesикальных сегментах. Двустороннее поражение диагностировано у 32 детей. Обструктивный мегауретер выявлен у 17 детей, рефлюксирующий – у 29. Одномоментно с двусторонним мегауретером оперировано 19 детей, а у 13 детей хирургическая коррекция проводилась поэтапно. У всех детей операцию выполняли по следующей методике: поперечным надлобковым разрезом вскрывали мочевой пузырь, устье оперируемого мочеточника катетеризировали и внутривезикулярно выделяли подслизистый и интрамуральный отделы мочеточника вместе с устьем и прилежащим участком стенки мочевого пузыря радиусом до 0,5 см. В ретровезикальном пространстве мочеточник высвобождали из соединительнотканых сращений с ликвидацией перегибов и выпрямлением в проксимальном направлении до перекреста с подвздошными сосудами. Далее производили резекцию дистального отдела мочеточника до 3,0–4,0 см у 40 больных и до 6,0–7,0 см у 6. Затем выполняли подслизистую туннелизацию у 28 детей с антирефлюксной защитой по Политано – Ледбеттеру. При двустороннем мегауретере у 19 детей антирефлюксная защита производилась по методике Козна. У двоих детей дополнительно производилось продольное моделирование дилатированных извитых мочеточников при внутреннем диаметре мочеточника более 1,0 см так, чтобы диаметр имплантируемого сегмента не превышал 0,5–0,6 см. Новое устье фиксировали узловыми швами (ПДС 6/0), которые проводили через все слои стенки мочеточника и мышечный слой и слизистую треугольника Льетто. Мочеточник интубировали хлорвиниловым катетером на 8–10 дней. Мочевой пузырь катетеризировался катетером Фолея на 9–11 дней. В ретровезикальном пространстве помещали страховую дренаж на 3–5 дней. Рану послойно ушивали наглухо, дренажи выводили через дополнительные отверстия в передней брюшной стенке.

В ближайшем послеоперационном периоде проводили комбинированную антибактериальную, инфузионную и витаминотерапию, проводили иммунокоррекцию. После выписки из стационара все больные находились на диспансерном наблюдении.

Первое контрольное клинично-лабораторное исследование в условиях стационара производили через 3 месяца; повторное, включающее экскреторную урографию, через 6 месяцев; а через 10–12 месяцев – обследо-

ние с выполнением микционной цистоуретрографии. В последующем клинико-лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое исследования осуществляли через 1, 2 и 4 года в зависимости от течения заболевания. Выполнены гистологические исследования резецированных сегментов мочеточников.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов хирургического лечения мегауретера у детей раннего возраста проведен у 46 оперированных больных на 78 мочеточниках. Длительность наблюдения за больными в послеоперационном периоде – от 3 месяцев до 8 лет. При оценке результатов оперативного лечения руководствовались следующими критериями:

- хорошие результаты – если заметно уменьшилась или исчезла дилатация мочеточника и чашечно-лоханочной системы, улучшилась функция почки, отсутствует ПМР (35 больных);

- удовлетворительные результаты – анатомо-функциональное состояние почки и мочеточника заметно улучшилось, однако появился ПМР (6 больных);

- неудовлетворительные результаты – мегауретер не ликвидирован, появился ПМР или развилась обструкция анастомоза с нарастанием эктазии мочеточника и чашечно-лоханочной системы с ухудшением функции почки (5 больных).

При оценке результатов хирургического лечения выявлены ранние и поздние послеоперационные осложнения. Осложнения ближайшего послеоперационного периода отмечены у 28 больных в виде обострения пиелонефрита и цистита, гематомы и мочевого затека в околопузырном пространстве у одного больного. Для профилактики ближайших послеоперационных осложнений, наблюдаемых у наших больных, решающее значение после эффективной хирургической коррекции мегауретера приобретает адекватная терапия пиелонефрита, для чего проводим комбинированную антибактериальную, инфузионную, гемостатическую и витаминотерапию, адекватное дренирование околопузырного пространства. После выписки из стационара все больные находились под диспансерным наблюдением. Проводили непрерывную антибактериальную терапию со сменой уросептиков каждые две недели, на протяжении не менее чем одного года с последующей фитотерапией. При наличии цистита и нейрогенной дисфункции мочевого пузыря проводили их целенаправленное лечение.

Осложнения в отдаленные сроки после операции наблюдались у 5 детей: стеноз вновь созданного устья – у 2 больных, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – у 3 больных. При анализе поздних осложнений выявлены следующие причины:

- погрешности при формировании антирефлюксного канала;
- формирование нового устья при неликвидированном воспалительном процессе мочевого пузыря;
- отсутствие интубации мочеточника;

– наличие постоянной уродинамической обструкции.

Все 5 детей (6 мочеточников) оперированы повторно, у 4 больных получены хорошие результаты после повторной неимплантации мочеточников. У одного больного повторное вмешательство оказалось неэффективным – сохранялась дилатация чашечно-лоханочной системы и мочеточника в верхней трети, причиной которой оказался коленообразный перегиб мочеточника в в/3. Через 6 месяцев ребенок был оперирован повторно, указанный сегмент был выделен из спаек и выпрямлен.

Для профилактики выявленных послеоперационных осложнений мы вырабатывали следующие рекомендации:

– хирургическую коррекцию мегауретера следует проводить в стадии стойкой ремиссии пиелонефрита и цистита;

– подслизистый туннель и канал в стенке мочевого пузыря при неимплантации мочеточника должны быть соответствующего диаметра, грубое обращение с тканями должно быть исключено;

– производить адекватную по срокам интубацию мочеточника, катетеризацию мочевого пузыря и дренирование ретровезикального пространства;

– при двустороннем мегауретере коррекцию производить поэтапно;

– диаметр катетеров и дренажей подбирать соответственно возрасту больного.

Анализ результатов гистологического исследования резецированных нами дистальных отделов мочеточников показал, что патогенетической основой первичного мегауретера явились врожденные пороки развития (дисплазии) дистального сегмента мочеточника. Выявлены структурные изменения мышечных и соединительнотканых элементов стенки мочеточника в виде избыточного развития соединительной ткани со склеротическими изменениями, гипоплазия и дезориентация мышечных пучков с неравномерным их расположением по длине окружности. В отдельных наблюдениях отмечалась локальная гиперплазия мышц. Изменения эластичных и аргирофильных волокон характеризовались распадом и фрагментацией. Результаты наших гистологических исследований и анализ литературных данных [9] позволили сделать вывод, что патогенетической основой первичных форм мегауретера явился порочно сформированный дистальный отдел мочеточника, который и создавал обструкцию для вышележащих отделов, что и послужило основанием для выполнения одно-типуных операций.

Таким образом, сопоставление данных клинико-рентгенологических и гистологических исследований, результатов операционных находок показало, что степень нарушения уродинамики находилась в прямой зависимости от формы и тяжести дисплазии мочеточника. Для улучшения результатов лечения мегауретера необходима ранняя диагностика, правильно выбранный метод лечения и своевременное его применение. Диспансерное наблюдение после реконструктивно-пластических операций, терапия, направленная на ликвидацию микробно-воспалительных осложнений, а так-

же стабилизация уродинамики мочевых путей способствуют повышению количества благоприятных исходов лечения больных с мегауретером.

Литература

1. *Hendren W.H.* // I. Urol (Balt). 1969. Vol. 101. № 1. P. 491–507.
2. *Cohen S.I.* // Act. Urol. 1975. № 6. P. 1–8.
3. *Баиров Г.А., Осипов И.Б., Головки Ю.И. и др.* Вопросы детской урологии // Тез. докл. Всесоюз. науч.-практ. конф. детских хирургов. Таллин, 1991. С. 48.
4. *Крендель Б.М., Павлов А.Ю. и др.* Правление Российского общества урологов // Материалы: пленум. Саратов, 1998. С. 68.
5. *Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Павлов А.Ю. и др.* Мегауретер у детей // Материалы пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 1998. С. 69–70.
6. *Ческис А.Л.* // Материалы пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 1998. С. 76–77.
7. *Джавад-Заде М.Д., Абдуллаев К.И., Исмаилов И.М.* Двадцатилетний опыт лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Тез. докл. пленума Всесоюзного научного общества урологов. Вильнюс, 1988. С. 50–52.
8. *Пугачев А.Г., Вороновицкий В.Д., Павлов А.Ю. и др.* Нейромышечная дисплазия мочеточников у детей // Тез. докл. Всесоюз. науч.-практ. конф. детских хирургов. Таллин, 1991. С. 50.
9. *Bewton D.* // Urol. Nephrol. 1983. Vol. 89. № 6. P. 377–457.

*Северо-Осетинская государственная
медицинская академия, г. Владикавказ*

6 июля 2005 г.

УДК 615.849: 618.146-006.6:616-008.1-07

ВЛИЯНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

© 2005 г. *Г.А. Неродо, Е.В. Приходько*

The article deals with mode of radiation therapy, its effects on the endocrine state of patients with cervical cancer. Radiation therapy for cervical cancer is an essential component of treatment of this cancer patients. Its expediency and efficiency are demonstrated in the paper by using treated women with cervical cancer and various correlation of hormonal state. The dynamics of hormonal balance dependent on age, two-phase menstrual cycle and stage of cancer are presented.

В последнее десятилетие достигнуты определенные успехи в комплексном лечении больных раком шейки матки, обусловленные не только совершенствованием оперативной техники и применением новых химиопрепаратов, но и разработкой различных методов облучения.