**Латишов Костянтин Володимирович. Оптимізація комплексного лікування дітей з природженими аномаліями сечоводів: Дис... канд. мед. наук: 14.01.09 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. - Донецьк, 2002. - 168арк. - Бібліогр.: арк. 149-168.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Латишов К. В. Оптимізація комплексного лікування дітей з природженими аномаліями сечоводів. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – Дитяча хірургія. – Інститут невідкладної і відновної хірургії Академії медичних наук України, м. Донецьк, 2002 р.Дисертацію присвячено питанням оптимізації діагностики й лікування природжених аномалій сечоводів у дітей. Вперше вивчено показники динамічного поверхневого натягу в практично здорових дітей і дітей з природженими аномаліями сечоводів, ускладненими розвитком вторинного хронічного обструктивного пієлонефриту.Зроблено характеристику перекисного окислення ліпідів і антиоксидантної системи, імунітету, ліпідного обміну, молекул середної молекулярної маси, показників ДПН крові та сечі під час вступу до стаціонару та в динаміці при використанні комплексної терапії, що включала лазеротерапію, гіпербаричну оксигенацію, антиоксиданти й імунокоректори. Обгрунтовано ефективність запропонованої терапії цієї патології в дітей. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуального завдання, пов’язаного з поліпшенням результатів лікування природжених аномалій сечоводів на фоні ВХП шляхом розроблення та впровадження комплексу діагностичних критеріїв і методів лікування.2. Природжені аномалії сечоводів у дітей, ускладнені розвитком ВХП, призводять до зниження загальної кількості Т-лімфоцитів і їх субпопуляцій (Т-хелперів і Т-супресорів), кількості природних кілерів, підвищення рівня В-лімфоцитів, Ig класів Е, А, М, G, ЦІК, активації фагоцитозу та зниження активності комплементу.3. Гідронефроз, мегауретер і МСР, ускладнені ВХП, призводять до збільшення в крові концентрації продуктів ПОЛ (дієнових кон’югатів і малонового діальдегіду), підвищення ступеня перекисного гемолізу еритроцитів, зниження концентрації в сироватці крові ендогенного антиоксиданту a-токоферолу. У пацієнтів з гідронефрозом наявне збільшення концентрації загальних ліпідів і холестерину, а для хворих з МСР і мегауретером характерним є зниження рівня антиатерогенного a-холестерину.4. Нормативні показники ДПН сироватки крові та сечі практично здорових дітей мають вікові особливості. Прирождені аномалії сечоводів на фоні ВХП викликають зменшення показників ПН1, ПН2, ПН3, збільшення КНК сироватки крові. ДПН сечі за такої патології характеризується зменшенням ПН1 і підвищенням КНК. Вищеописані зміни пов’язані з накопиченням у крові та сечі різноманітних поверхнево-активних речовин.5. Природжені аномалії сечоводів, ускладнені розвитком ВХП, викликають збільшення активності в крові лізосомального протеолітичного ферменту катепсину Д. Найбільш інформативними маркерами синдрому ендогенної інтоксикації є фракції СМ-254, СМ-260 і СМ-280 МСММ, причому в сечі зміни виражені сильніше, ніж у сироватці крові. Індекс розподілу МСММ у сироватці крові має вірогідні відмінності у хворих з МСР, мегауретером і гідронефрозом.6. Виявлені зміни показників імунітету, ПОЛ і антиоксидантної системи свідчать про необхідність застосування імунокоригувальної та антиоксидантної терапії у хворих з ВХП. З метою створення оптимальних умов для загоювання сформованих анастомозів (після трансвезикального інтрамускулярного пересаджування сечовода) у пацієнтів з МСР і мегауретером виправданим є проведення лазеротерапії, а у хворих з гідронефрозом (після резекції пієлоуретерального сегмента з накладанням лійкоподібного анастомозу) – ГБО.7. Застосування розробленої схеми комплексного лікування ефективно поліпшувало досліджувані лабораторні показники, призводило до зменшення тривалості больового синдрому (на 1,81±0,06 днів, р<0,001) і гарячки (на 6,36±0,34 днів, р<0,001), істотно прискорювало відновлення прохідності створеного анастомозу (на 5,13±0,28 діб, р<0,001) і скорочувало строки закриття ятрогенного сечового свища (на 6,43±0,35 діб, р<0,001). Вищевказані фактори сприяли значному скороченню терміну перебування хворих у стаціонарі (на 7,41±0,56 ліжко-днів, р<0,001). |

 |