

сосудистой систем), а также возможность выработки условно-рефлекторных и волевых актов дефекации, проведения реабилитационных мероприятий, восстановления микробиотоза толстой кишки.

Оптимальным методом радикального оперативного вмешательства для низведения кишки на промежность при всех видах атрезий прямой кишки считаем промежностную проктопластику по А.Рена – с использованием сагиттального промежностного доступа. Разрез проводили строго по межягодичной складке от копчика до уретры у мальчиков или нижней спайки больших половых губ у девочек. Прямую кишку мобилизовали до крестца с целью создания в последующем анатомо-физиологического положения; при необходимости иммобилизацию проводили до переходной складки брюшины. Лапаротомный доступ использовали только как вспомогательный – при высоком стоянии атрезированного участка толстой кишки, когда её мобилизация из промежностного доступа технически была невозможна.

Во время операции использовали электромиостимулятор с игольчатыми электродами. При этом определяли все порции прямокишечных сфинктеров и проводили их маркировку цветными лигатурами. После этого мобилизованная на необходимую глубину толстая кишка укладывалась в каналах внутреннего и наружного анальных сфинктеров с обязательным формированием аноректального угла и кожно-слизистого перехода.

Заключение. Разработанный алгоритм выполнения радикального этапа оперативного лечения детей с аноректальными пороками развития был использован у 74 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития. Его широкое клиническое применение позволило избежать внесфин-

ктерных низведений толстой кишки на промежность и интраоперационных повреждений анальных сфинктеров. Использование алгоритма позволяет создать оптимальные условия для дальнейшей послеоперационной реабилитации детей с аноректальными агенезиями.

Литература

1. Винокурова, Н.В. / Н.В. Винокурова, Н.А. Цап, И.А. Трубицина // Мат. Всероссийской конф. «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – СПб, 2009. – С. 172-173.
2. Иванов, В.В. / В.В. Иванов, М.А. Аксельров, В.М. Аксельров // Детская хирургия. – 2003. – №2. – С. 4-6.
3. Кучеров, Ю.И. / Ю.И. Кучеров, Е.И. Дорофеева, Ю.В. Жиркова // Детская хирургия. – 2009. – № 5. – С.11-16.
4. Орловский, В.В. / В.В. Орловский // Мат. 3 Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – Москва, 2001. – С. 411.

Ключевые слова: дети, аноректальные пороки развития, хирургическое лечение

ANORECTAL ABNORMALITIES CORRECTION: TERMS AND METHODS OF SURGICAL TREATMENT CAUSED BY ANATOMIC VARIABILITIES

STRYUKOVSKY A.E., TARAKANOV V.A., LUNYAKA A.N., TERESCHENKO O.A., POLEYEV A.V.

Key words: children, anorectal abnormalities, surgical treatment

© Коллектив авторов, 2010
УДК: 616-053.2; 616-053.3; 616.6

ДВУХЭТАПНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНОГО ЛОСКУТА КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

А.А. Суходольский², С.Н. Зоркин¹, А.В. Апакина¹

¹Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

²Люберецкая детская больница, Московская область

Несмотря на большое количество предложенных методик оперативной коррекции, лечение гипоспадии до сих пор остается одной из самых сложных проблем в детской урологии из-за высокого процента осложнений [1]. В 80-90-е годы прошлого столетия, сначала в клиниках Западной Европы и Америки, а потом и в нашей стране на смену этапным операциям лечения гипоспадии пришли одномоментные методики [2]. Однако при тяжелых проксимально-стволовых формах процент неудовлетворительных результатов, как функциональных, так и косметических, остался по-прежнему высоким. Многие авторы

вернулись к двухэтапным операциям, но с использованием свободных лоскутов (слизистая щеки, губы или внутреннего листка крайней плоти) для создания новой уретральной пластинки [1].

Целью нашей работы явилась оценка эффективности результатов хирургического лечения гипоспадии у мальчиков с использованием свободного внутреннего кожного лоскута препуция по методике Враска при тяжелых формах гипоспадии.

Материал и методы. За период с 2005 по 2010 г. нами были обследованы и прооперированы 72 мальчика в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. Из них у 32 пациентов отмечалась стволовая форма. У 40 детей – проксимально-стволовая форма. В группу сравнения вошли 84 мальчика, которым коррекция гипоспадии выполнялась одноэтапными методиками Hodgson III (42 больных), Dukket (30 больных) и Mathieu (12 больных).

Первый этап операции проводился пациентам в возрасте от 8 месяцев до 2,5 года. После выпрямле-

Зоркин Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением Научного центра здоровья детей РАМН, тел.: 8 (499) 134-01-86, 8 (985) 774-41-36; e-mail: zorkin@nczd.ru.

ния полового члена из внутреннего листа крайней плоти выкраивался свободный кожный лоскут необходимого размера, тщательно освобождался от подкожной клетчатки и пересаживался на подготовленное для трансплантации ложе на вентральной поверхности стволовой части полового члена и головке. Предварительно удалялась собственная, недостаточно сформированная уретральная пластинка. Ко второму этапу операции приступали спустя 6 месяцев. При этом производилась тубуляризация вновь созданной уретральной пластинки, за основу которой была взята операция Snodgrass. Дренирование мочевого пузыря в послеоперационном периоде составляло 10-12 суток.

Оценка результатов осуществлялась через 6 месяцев – 5 лет после операции. Мы оценивали эффективность при сравнении с группой детей, оперированных одноэтапными методиками, обращая внимание на функциональный, косметический результат и наличие осложнений в виде меатостеноза и фистул.

Результаты и обсуждение. По Hodgson III прооперированы 42 больных. У 9 (21,4%) отмечались свищи неоуретры, у 17 (40,5%) – неудовлетворительный внешний вид полового члена, у 4 (9,5%) – дивертикул уретры, у 2 (4,8%) – искривление полового члена и у 15 (35,7%) больных отмечался обструктивный тип мочеиспускания, по данным урофлоуметрии.

По методу Dukkett прооперированы 30 детей. У 14 (46,7%) больных отмечался неудовлетворительный внешний вид полового члена, у 3 (10,0%) – свищи неоуретры, у 2 (6,7%) – искривление полового члена и у 10 (33,3%) – обструктивный тип мочеиспускания.

Из 12 мальчиков, прооперированных по Mathieu, у 3 (25,0%) отмечались свищи неоуретры, у 11 (91,7%) – неудовлетворительный внешний вид полового члена и у 1 (8,3%) – искривление полового члена.

Двухэтапная коррекция гипоспадии с использованием свободного кожного лоскута крайней плоти была выполнена 72 детям. При этом свищи неоуретры мы

отмечали у 4 (5,6%) больных, у 2 (2,8%) – искривление полового члена и у 9 (12,5%) больных был неудовлетворительный внешний вид полового члена.

На основании полученных результатов показанием к применению используемого метода служат: недоразвитие уретральной пластинки; сохраняющееся искривление полового члена, определяемое интраоперационно; плоская головка с невыраженной ладьевидной ямкой; повторные хирургические вмешательства, если у пациента ранее была сохранена крайняя плоть.

Закключение. Проведенное исследование показало, что при иссечении собственной, неправильно сформированной уретральной пластинки достигается полное устранение искривления полового члена, что определяет функциональный результат операции. Тубуляризация этой пластинки по методике Snodgrass в последующем позволяет обеспечить достаточный косметический эффект, в основе которого лежит правильное формирование головчатого отдела уретры и щелевидного вертикального меатуса.

Литература

1. Bracka, A. Hypospadias repair: the two-stage alternative / A. Bracka // Br. J. Urol. – 1995. – Vol. 76, (Suppl. 3). – P. 31-41.
2. Snodgrass, W. Current technique of tubularized incised plate hypospadias repair / W. Snodgrass, M.T. Nguyen // Urology. – 2002. – Vol. 60. – P. 157-162.

Ключевые слова: гипоспадия, кожный лоскут, двухэтапная операция

TWO STAGES PREPUTIAL FREE GRAFT REPAIR IN CHILDREN WITH HYPOSPADIAS

SUCHODOLSKIY A.A., ZORKIN S.N., APAKINA A.V.

Key words: hypospadias, skin graft, 2-stage intervention

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.441-006-089

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

В.А. Тараканов, А.Е. Стрюковский, В.М. Старченко, Н.В. Микава
Кубанский государственный медицинский университет

Количество детей со злокачественной патологией щитовидной железы с каждым годом растёт [3,4]. На сегодняшний день одним из наиболее дискуссионных вопросов в детской хирургии остается выбор оптимального объема операции при дифференцированном раке щитовидной железы у детей. Мнения ученых по этому вопросу существенно расходятся [1,2,5].

Целью работы явилось изучение результатов лечения рака щитовидной железы в детском возрасте.

Материал и методы. С 1988 по 2008 г. в клинике детской хирургии Кубанского государственного ме-

дицинского университета находилось на лечении 238 детей от 3 до 17 лет с узловым зобом. Рак щитовидной железы установлен 49 (20,5%) пациентам, среди них мальчиков – 8 (16,3%), девочек – 41 (83,7%). Диагноз рака щитовидной железы установлен до операции на основании клинко-анамнестических данных и результатов тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ), ультразвукового исследования (УЗИ) у 13 (26,5%) детей. При этом срок заболевания составил до 6 месяцев – 24 ребенка (49%), 6-12 месяцев – 7 (14,3%), более 1 года – 18 (36,7%) детей. Всем детям проводилось общеклиническое обследование, включающее общий анализ крови, гормонограмму, УЗИ щитовидной железы, ТАБ с последующим цитологическим исследованием пунктата, интраоперационное обследование щитовидной железы, морфологическое исследование операционного материала. ТАБ была выполнена 46

Тараканов Виктор Александрович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней детского возраста КГМУ, тел.: 268-52-90, 255-89-40.