

4. Хронический посттравматический остеомиелит с дефектом кожи и мягких тканей.

При посттравматическом остеомиелите с наличием обширных скальпированных ран выполняли кожную пластику расщепленным кожным лоскутом. При посттравматическом остеомиелите, сочетающемся с наличием обширных глубоких ран, потребовалась фиксация костных отломков в аппарате Илизарова с последующей кожной пластикой и пересадкой полнослойного кожного лоскута.

5. Хронический контактный остеомиелит в результате глубоких трофических нарушений.

У данных больных с трофическими нарушениями

(амниотическая перетяжка, спинномозговая грыжа) формируются глубокие язвы, дном которых является кость. Консервативное лечение обычно неэффективно. Требуется санация раны и дренирование двухпросветным выпускником. В послеоперационном периоде проводится длительный лаваж раны раствором антибиотика. В ряде случаев показана пластика полнослойным кожным лоскутом на питающей ножке.

Таким образом, применение дифференцированного подхода при лечении детей с хроническим остеомиелитом позволяет улучшить результаты лечения и снизить количество повторных оперативных вмешательств.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, К.А. Адамалиев, Б.И. Эсенбаев

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек

Частота закрытых повреждений почек, по данным многих авторов, составляет до 4% всех повреждений у детей. В большинстве случаев общее состояние остается удовлетворительным, но летальность при повреждениях почек наблюдается от 6 до 12%.

Нами проанализированы данные закрытых повреждений почек у 56 детей, находившихся на лечении в отделении патологии почек в 2000–2006 годах в ГДКБ СМП г. Бишкека. Детей в возрасте до 5 лет было 9 (16,11%), от 6 до 10 лет – 21 (37,5%), от 11 и старше – 26 (46,4%). Мальчиков – 41 (73,2%), девочек – 15 (26,8%).

Причиной закрытых повреждений были дорожно-транспортные происшествия – 12 (21,4%), случайное падение с лестничных перил – 19 (33,9%), тупая травма, удары – 22 (39,3%), падение с высоты – 3 (5,3%). Сочетанные повреждения наблюдались у 17 (30,3%) детей, из них черепно-мозговая травма – у 10 (17,8%), разрыв печени – у 2 (3,6%), гематома брыжейки тонкого кишечника и разрыв селезенки – у 5 (8,9%). По характеру закрытых повреждений почек выделялись ушиб почки – у 32 (57,1%), подкапсульная гематома – у 11 (19,6%), разрыв почки – у 13 (23,2%) больных.

Жалобы детей с повреждениями почек: боли в соответствующей половине поясничной области и живота – у 45 (80,3%) и боли по всему животу – у 11 (19,7%). У 39 (69,9%) детей отмечено изменение цвета мочи, т. е. макрогематурия; у 17 (30,4%) – цвет мочи макроскопически без изменений и выявлены признаки гематурии при исследовании общего анализа мочи.

Наша тактика при поступлении заключалась в УЗИ почек и мочевыводящих путей, а также внутрибрюшных органов, подключении гемостатических препаратов и строгом постельном режиме. При УЗИ почек и мочевыводящих путей в динамике у 13 (23,2%) больных отмечено нарастание размера гематомы, жидкость в околопочечном пространстве неоднородного характера, что подтверждено при экстренной урографии и послужило к показанию экстренного оперативного лечения. Сроки оперативного лечения: до 6 часов – у 7, до 24 часов – у 3 и до 48 часов – также у 3 больных.

Произведены лапаротомия в 7 (53,8%) и люмботомия в 6 (46,2%) случаях. Показанием к лапаротомии послужило подозрение в повреждении печени, внутренних органов и обширная урогематома забрюшинной области.

Во время операции обнаружены: повреждение почки в виде разрыва полюсов без повреждения чашечно-лоханочной системы – у 3 больных, разможжение почечной паренхимы с повреждением почечно-лоханочной системы различной степени – у 9 больных. В 1 случае обнаружен разрыв гидронефротической почки с обширной урогематомой.

Произведены операции: нефрэктомия – 8 (61,5%) больным, удаление оторвавшегося полюса почки – 3 (23,1%), 1 (7,7%) больному удалось сохранить почку путем ушивания, в 1 (7,7%) случае – нефростомия и ушивание разрыва почечной паренхимы гидронефротической почкой. При обосновании нефрэктомии мы отдавали предпочтение сохранности почечно-лоханочной системы.

ГРАНУЛЯРНЫЙ ЦИСТИТ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (НДМП)

В.М. Никонов, Ю.Е. Зайцев, И.В. Алешин, В.Р. Кишкин, Д.А. Федоров, Т.В. Трубина

Омская государственная медицинская академия

Расстройствами мочеиспускания страдает 10–14% от общего числа детского населения. Большинство детей с дисфункцией нижних мочевых путей в анамнезе перенесли инфекцию мочевыводящих путей. Гранулярный цистит составляет 10% от общего количества диагностированных циститов и сочетается

с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП). Характеризуется нерезкой выраженной застойной гиперемией, выраженными экссудативно-пролиферативными изменениями и обильными гранулярными высыпаниями в области слизистой оболочки мочевого пузыря.

Гиперрефлекторный мочевого пузыря объединяет несколько вариантов детрузорно-сфинктерных диссинергий. К ним относятся гиперрефлексию моторную, сенсорную, постуральную, незаторможенный пузырь и др. Для гиперрефлекторного типа характерны поллакиурия, императивное недержание мочи и энурез в различных сочетаниях. У детей с гранулярным циститом по сравнению с больными катаральным циститом более выражена рефлексивность на всех этапах цистометрического исследования. Гораздо чаще появляются учащенные позывы к мочеиспусканию. Устранение симптомов расстройств акта мочеиспускания неравнозначно восстановлению функции мочевого пузыря; у значительного числа больных нестабильное состояние детрузора сохраняется, хотя степень выраженности и становится несколько меньшей.

Под влиянием различных методов лечения дисфункция и гранулярный цистит приобретают субклинический вариант течения, что и обуславливает постоянную угрозу рецидивов нарушений акта мочеиспусканий, уродинамики и воспаления. Наибольшую сложность в лечении представляет цистит в сочетании с НДМП.

В клинике Омска под руководством профессора, заведующего кафедрой детской хирургии Л.А. Ситко с 1998 по 2004 год пролечено 137 пациентов от 4 до 14 лет, с диагнозом: НДМП, гиперрефлекторный адаптированный тип, гранулярный цистит. Выявлен рост

гранулярного цистита относительно общего количества его проявлений. По данным бактериологического исследования мочи, до начала лечения преимущественно высевалась *E. coli* – 40%, а различные микробные ассоциации составили 8%. Стерильные посева мочи наблюдались у 26% пациентов.

Комплексное консервативное лечение гранулярного цистита необходимо во всех случаях. Показан охранительный режим. Для усиления диуреза назначается фитотерапия; уроантисептики и системные антибиотики – по показаниям. Курс комплексной терапии включает в себя инстилляции мочевого пузыря 1%-ным раствором диоксида объемом 20–50 мл (в зависимости от возраста) и физиотерапию (УВЧ-терапию, лазеротерапию или ДЭНАС-терапию № 10 по схеме: 2 раза в день после обработки кожи малавтилином). Срок лечения – не менее 3 недель. Назначается пикамилон.

Повторное лечение осуществляли через два месяца. На контрольном обследовании через 2 месяца у 53 пациентов, которые получали ДЭНАС-терапию, на цистоскопии сократилось количество грануляций на слизистой и их диаметр. Интенсивность гиперемии слизистой оболочки уменьшилась. Жалоб на дизурию не было.

При диагностировании у детей гранулярного цистита в сочетании с НДМП целесообразно проводить 3-4 курса лечения в год в условиях специализированного стационара.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА

В.В. Паршиков, Е.С. Кроль, Е.И. Карпович

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

Функциональные нарушения запирающего аппарата после радикальной коррекции пороков развития прямой кишки отмечаются, по данным литературы, в 30–60% случаев, что сопровождается нарушением социальной адаптации пациентов. Именно в педиатрической практике необходима в разработке новых методик исследования сфинктерного аппарата прямой кишки, которые позволят объективно оценить функцию анального держания независимо от возраста и интеллектуального развития пациента.

С 1996 по 2006 год 54 пациентам в возрасте от 2 месяцев до 10 лет после реконструктивных операций по поводу атрезии прямой кишки и ануса (АПКИА) выполняли компьютерную электромиографию (ЭМГ). Брюшно-промежностная проктопластика (БПП) произведена 16 детям, 22 выполнялась заднесагитальная аноректопластика (ЗСАРП) по Пеню, 11 – промежностная анопластика по Стоуну – Бенсону, 4 – по Саломону. Получено 96 ЭМГ-кривых.

ЭМГ первично-мышечного типа зарегистрирована у 19 пациентов после ЗСАРП (при этом средняя частота составила 643 ± 130 сокращений в секунду, а амплитуда – 273 ± 30 мВ), у 8 после БПП (средняя частота и амплитуда составили 632 ± 111 сокращений в секунду и 127 ± 40 мВ соответственно), а также у 13 из 15 пациентов, которым выполнена промежностная анопластика по поводу низких форм

АПКИА (средняя частота и амплитуда – 479 ± 109 сокращений в секунду и 370 ± 57 мВ соответственно). При сопоставимой частоте амплитуда сокращений была существенно выше после операции Пеню по сравнению с БПП, что свидетельствует о восстановлении функциональной способности волокон наружного сфинктера после рассечения ($p < 0,05$).

ЭМГ II типа выявлена только у 5 пациентов после БПП и у 2 оперированных по Стоуну – Бенсону. Клинически у этих детей имелись рубцовая деформация области неоануса и грубый стеноз прямой кишки, с трудом поддающийся бужированию. Ни у одного ребенка после ЗСАРП и операции Саломона нарушения иннервации по невральному типу не зарегистрировано.

Из 24 пациентов в группе после ЗСАРП при электромиографическом исследовании у 3 выявлены нарушения иннервации НСЗП по спинальному типу. Данные нарушения сочетались с энкопрезом III степени. Это были дети с синдромом каудальной регрессии, имеющие грубые сопутствующие аномалии – такие, как спинномозговая грыжа, экстрофия мочевого пузыря, – а также синдромальную патологию нервно-мышечной регуляции. Столько же пациентов со спинальными нарушениями иннервации было среди оперированных комбинированным до-