

Гиперрефлекторный мочевой пузырь объединяет несколько вариантов детрузорно-сфинктерных диссинергий. К ним относят 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 посевы 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 объема 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 разработка 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 БППП (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 неануса 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 доступом.

Говорить о благоприятном прогнозе в плане удовлетворительного анального держания у данного контингента больных, к сожалению, не представляется возможным, однако регулярные курсы реабилитационного лечения совместно с неврологами позволяют улучшить качество жизни этих пациентов.

Таким образом, диагностика состояния запирающего аппарата прямой кишки после лечения врожденных аномалий аноректальной зоны является

сей актуальной проблемой детской хирургии. До настоящего времени остается немало спорных и нерешенных вопросов, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в этой области. Определение функционального состояния аноректальной зоны имеет важное значение в выборе метода оперативного вмешательства, оценке результатов хирургической коррекции аноректальных пороков развития и прогнозировании реабилитации.

ОПЫТ ПЛАНОВОЙ ЭНДОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Е.С. Саблин

Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлевецова, г. Архангельск

В клинике детской хирургии АОДКБ в 1993–2006 годах произведено 824 плановых лапароскопических вмешательства больным в возрасте 1 суток – 22 лет. Лапароскопические исследования выполнялись у пациентов с подозрением на опухоль брюшной полости (61), с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (38), с интерсексуальными состояниями (15). Биопсии образований и органов производились в 65 случаях, в 29 случаях – санация и дренирование брюшной полости, 6 раз делалась спленопортография, 6 раз – чрезпеченочная пункция желчного пузыря (3 из них – у новорожденных с подозрением на атрезию желчных ходов). У 7 детей после ранее перенесенных операций проводился адгезиолизис, по поводу стойкого болевого синдрома. Детям с желчекаменной болезнью и одному ребенку с полипом желчного пузыря произведено 36 лапароскопических холецистэктомии. В 1 случае по ирригатору из брюшной полости в течение десяти дней отмечалось желчеистечение, которое остановилось самостоятельно.

У детей с заболеваниями крови было выполнено 3 лапароскопических спленэктомии. Еще у 2 детей, в результате возникших во время операции технических трудностей, осуществлялся переход к лапаротомии. У 4 детей успешно произведено удаление кисты селезенки, у 10 девочек – кисты яичника (одна из них дермоидная), в одном случае – пареооариальной кисты больших размеров.

В последнее время успешно внедряется в практику оригинальная методика ассистированной лапароскопической установки шунта в брюшную полость при гидроцефалии. Уже выполнено 4 операции. С помощью немецких коллег в нашей клинике положено начало лапароскопической фундопликации по Ниссену и лапароскопической мобилизации сигмовидной кишки при болезни Гиршпрунга.

С 1997 года в нашей клинике применяются оригинальные методики лапароскопической коррекции паховых и пахово-мошоночных грыж, водянок оболочек яичка и семенного канатика, которые позволяют избежать травмирования элементов семенного канатика. Таких операций произведено 486, из них 8 (1,6%) рецидивов.

Лапароскопия позволила уточнить агенезию или аплазию яичка в 35,3%, а в 37,7% случаев выявить абдоминальную форму дистопии яичка и выполнить пересечение яичковых сосудов, как первый этап операции. В 27% случаев была диагностирована паховая дистопия, которая потребовала открытого вмешательства.

Эндоскопическое рассечение простого уретероцеле (без удвоения почки) успешно выполнены у 11 больных. У 1 ребенка в последующем проводилось повторное эндоскопическое вмешательство, у 2 – открытая операция.

Эндоскопическое разрушение клапана выполнено с положительным результатом у 11 мальчиков, в 1 случае попытку пришлось отложить из-за отсутствия резектоскопа маленького калибра.

В 3 случаях под контролем цистоскопа в мочевого пузырь вводился лапароскопический троакар. Таким образом, из мочевого пузыря были успешно удалены инородные тела больших размеров. За последние шесть лет 11 мальчикам произведено эндоскопическое рассечение стриктуры уретры. У 3 пациентов эндоскопические попытки не удалось, и им была произведена открытая пластика уретры.

С 2001 года в клинике применяются лапароскопические операции при варикоцеле с оставлением яичковой артерии. За этот период произведено 47 таких операций. Рецидивы составили 10,6%. По мере накопления опыта количество рецидивов сокращается.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЗОФАГОПРОТЕКТОРА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Э.В. Сапухин, В.Н. Стальмахович

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Обобщен опыт лечения 83 детей, поступивших в ИГОДКБ с химическими ожогами пищевода III степени и послеожоговыми сужениями, за 14 лет. Дети с

химическими ожогами III степени и послеожоговыми сужениями пищевода разделены на 3 группы: в 1-ю группу (ГКС) вошло 32 ребенка (1991–1999),