

ИНТРОИТОПЛАСТИКА С РАЗДЕЛЕНИЕМ ПОЛОВЫХ И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.А. Валиева

**Московский государственный медико-стоматологический университет,
Москва, Российская Федерация**

В настоящее время одной из нерешенных проблем в детской пластической генитальной хирургии остается вопрос интроитопластики у девочек с врожденной гиперплазией коры надпочечников (ВГКН). Частота проявлений данного заболевания составляет 1:5000-14500 новорожденных. В клинической картине ВГКН преобладает вирилизация органов, что приводит к высокой частоте ошибочных диагнозов и влечет за собой серию неоправданных оперативных вмешательств по формированию наружных гениталий по мужскому типу. Когда у пациента удается установить истинную половую принадлежность, специалисты и родители пациента сталкиваются с проблемой психологической адаптации ребенка. Хирургическое лечение, направленное на коррекцию порока, заключается в резекции гипертрофированного клитора и создании входа во влагалище.

В нашей клинике, в отличие от многих других хирургических учреждений страны, используется микрохирургический метод сохранения головки клитора на сосудисто-нервном пучке. Данный способ позволяет в дальнейшем, при достижении половой зрелости, сохранить чувствительность головки клитора и соответственно оргазм во время полового акта. Вторым этапом выполняется М-образная интроитопластика с разделением мочевого и половых путей, позволяющая вывести искусственную уретру на вульву и создать искусственный вход во влагалище, устраняя женскую форму гипоспадии. Данная технология позволяет избежать хронических циститов, развивающихся после полового акта.

Таким образом, с нашей точки зрения, сохранение сосудисто-нервного пучка головки клитора с разделением половых и мочевого путей является операцией выбора у пациентов с ВГКН, позволяющей успешно адаптировать пациентов в обществе.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (НДМП) У ДЕТЕЙ

И.С. Гавалиди

**Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
Владикавказ, Российская Федерация**

За 5 лет (2004-2008 г.) в результате комплексного урологического обследования НДМП выявлена у 98 больных в возрасте от 4 до 16 лет (32 мальчика и 66 девочек). 56 детей были с гиперрефлекторным вариантом НДМП, 10 детей – с норморефлекторным, и 32 – с гипорефлекторным. У большинства больных НДМП сочеталась с другими заболеваниями мочевой системы; у 51 больного выявлен хронический пиелонефрит (у 60% - в стадии ремиссии), у 37 – на фоне ПМР, у 12 – дисметаболическая нефропатия, у 25 – различные аномалии развития почек. НДМП как самостоятельное заболевание диагностировано у 10 детей, у 36 больных наблюдался воспалительный процесс в мочевом пузыре.

Лечение НДМП проводили комплексно и дифференцировано. Из общих мероприятий применяли охранительный режим с устранением психотравмирующих ситуаций, дополнительный сон, отказ от бурных игр и приема жидкости перед сном, прогулки на свежем воздухе. Всем детям назначали ноотропные препараты (дриптан, пикамилон в возрастной дозировке), витаминно-минеральные комплексы курсами в течение месяца, по показаниям применяли седативные препараты. Назначали растительные диуретики в течение 10 дней ежемесячно. Детям с гиперрефлекторной НДМП назначали электрофорез с атропином на область мочевого пузыря №10, гальванизацию воротниковой зоны по Щербаку №15, тепловые процедуры на область мочевого пузыря, озокерит, парафиновые аппликации, СМТ, токи Дарсонваля. При гипорефлексии применяли СМТ, электрофорез с прозеринум, принудительный ритм мочеиспускания и периодическую катетеризацию мочевого пузыря. С целью нормализации функций тазовых органов детям назначали лечебную физкультуру, при энурезе – иглорефлексотерапию, при обострении инфекции мочевых путей проводили противовоспалительную терапию и иммунотерапию. Лечение дисметаболических нарушений зависело от вида нефропатий. При дисбактериозе проводили нормализацию биоценоза кишечника. Наблюдение в динамике от 6 месяцев и более показало значительную эффективность проводимой комплексной терапии, стихание воспалительного процесса в мочевой системе, уменьшение или исчезновение недержания мочи у 5 больных. У 11 детей с ПМР наблюдалось исчезновение рефлюкса, у 15 - уменьшение его степени.

Таким образом, индивидуально подобранная терапия НДМП позволяет значительно улучшить эффективность лечения инфекций мочевых путей, предотвратить рецидив воспалительного процесса, способствует исчезновению или уменьшению степени ПМР и улучшает исходы антирефлюксных операций.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК В ДЕТСКОМ УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Д.А. Гасанов

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Острые заболевания яичек (ОЗЯ) в детском возрасте являются одной из самых частых причин обращения детей в урологический стационар. По нашим данным в детском урологическом отделении СОКБ им. М. И. Калинина в 1990 – 2008 г. с диагнозом ОЗЯ прооперировано 1403 ребёнка, что составило 7% от всех пациентов, пролеченных в отделении за данный промежуток времени.

Целью нашей работы являлся анализ причин ОЗЯ. Для оценки причин ОЗЯ выделена группа из 200 детей в возрасте на момент операции от 8 до 15 лет. Все мальчики распределены на три группы в зависимости от времени, прошедшего после начала заболевания до выполнения операции (соответственно через 6 - 12 ч., 12 - 24 ч., более 24 ч.).

Послеоперационные результаты оценивались путем осмотра области мошонки (определение размеров и консистенции яичек), УЗИ мошонки (20 пациентов), оценки данных спермограмм – концентрация сперматозоидов в 1 мл менее 20 млн., морфологически нормальных сперматозоидов менее 50% (40 пациентов). Наиболее часто причиной ОЗЯ являлось поражение гидатид – у 937 детей (66,8%), острый орхоэпидидимит – у 345 (24,6%), перекрут яичка – у 55 (3,9%), травма мошонки – у 55 (3,9%), разрыв яичка – у 6 (0,43%), острый фуникулит – у 5 (0,37%). Всем детям была выполнена операция по экстренным показаниям – ревизия яичка. Отдельную группу составили мальчики, которым была по показаниям выполнена орхидэктомия – 17 детей (1,2%). Показанием к орхидэктомии служил тотальный некроз яичка; решение по каждому случаю принимал консилиум врачей.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА И ПИЕЛЭКТАЗИИ У ДЕТЕЙ

Е.А. Григорьева, П.В. Рылова
Кировская государственная медицинская академия,
Киров, Российская Федерация

Отдельные вопросы дифференциальной диагностики обструктивных уропатий с некоторыми схожими по проявлениям заболеваниями и состояниями, а также вопросы, касающиеся возможностей прогрессирования либо регрессирования гидронефротической трансформации у детей, в настоящее время изучены недостаточно. Сложные задачи дифференциальной диагностики пиелоектазии как 1 стадии врожденного гидронефроза (ВГ, самой распространенной обструктивной уропатии), с пиелоектазией как минорной аномалией мочевой системы, приходится решать скорее интуитивно, опираясь исключительно на личный врачебный опыт.

Нашему ретроспективному исследованию были подвергнуты истории болезни 93 детей с врожденным гидронефрозом 2-3 степени и 31 ребенка с пиелоектазией. Нами изучались особенности распределения антигенов главного комплекса гистосовместимости (HLA-комплекса), их фенотипических и гаплотипических комбинаций. Идентификации локусов HLA-A, HLA-B, HLA-C были проведены у 124 больных русской национальности от 5 до 15 лет в двухступенчатом микролимфоцитотоксическом тесте (Terasaki P., 1970), локуса HLA-DR и локуса HLA-DQ - в пролонгированном тесте полимеразной цепной реакции (ПЦР). CD22-лимфоциты для DR-типирования и DQ-типирования были получены путем фильтрации лимфовзвеси через нейлоновое волокно.

В группе больных с ВГ было установлено наличие достоверной положительной ассоциативной связи заболевания с присутствием в тканях индивидуумов антигена HLA-B8, HLA-DRB1*17(3), фенотипической комбинации антигенов HLA-B8-35 и гаплотипических комбинаций HLA-A1-B27, HLA-A2-B17, HLA-A2-B35. Носительство этих иммуногенетических предикатов увеличивало риск развития заболевания в 2,3 - 9,2 раза ($RR=2,3 - 9,2$). В ходе исследования была выявлена достоверная положительная ассоциативная связь с определенными иммуногенетическими параметрами и в группе больных пиелоектазией. Так, носительство антигена HLA-B8 и гаплотипических комбинаций HLA-A2-B17, HLA-A1B5 увеличивало риск развития этого состояния в 3,8–21,9 раза ($RR=3,8-21,9$).

Своеобразная иммуногенетическая характеристика детей с пиелоектазией, по сравнению с характеристиками больных с врожденным гидронефрозом, не позволяет считать ее у детей данного возраста первой стадией развития гидронефротической трансформации, но свидетельствует в пользу пиелоектазии, как самостоятельной нозологической единицы – минорной аномалии мочевой системы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РУБЦОВОГО ФИМОЗА С ПОМОЩЬЮ ЛОКАЛЬНОЙ pH – МЕТРИИ КОЖИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И КРАЙНЕЙ ПЛОТИ

С.В. Другов, И.С. Каменских
Тверская государственная медицинская академия,
Тверь, Российская Федерация

Различная степень выраженности воспалительных изменений в препуциальном мешке под действием лекарственных препаратов, свойств реактивности организма способна к прогрессированию или регрессии коллагенообразования, что во многом определяет лечебную тактику при фимозах у детей. Для прогнозирования развития рубцового процесса разработан и предложен тест определения локальной pH - метрии кожи полового члена и крайней плоти. За 2007-2008 год в урологическом кабинете поликлиники ДОКБ г. Твери проведено исследование pH кожи полового члена у 72 мальчиков (1296 измерений).

Методика исследования выполнялась с помощью прибора ацидогастромера АГМ – 03 и pH-метрического зонда. Нормальные значения pH кожи в пределах pH 4,5 – 6,0. Нарушение барьерных функций кожи, одной из которых является буферная система, приводит к снижению её сопротивляемости инфекции, воспалению и рубцеванию. Нами обследованы пациенты с рубцовым фимозом (основная группа) и дети с полностью открытой головкой полового члена (контрольная группа). Измерение pH проводилось в точках: А- абдоминальная точка; Р- область пахового складки; D- дорзальная поверхность полового члена в средней трети; F- область суженного кольца; Рr-внутренний листок крайней плоти; С- область головки полового члена.

Полученные результаты показали достоверные различия значений pH кожи в А и D точках у больных с рубцовым фимозом в сравнении со здоровыми детьми. Установлено, что рубцовый процесс в препуции развивался при pH кожи < 1 в дорзальной точке (D) и < 3,1 в абдоминальной точке (А) – 3 пациента. Напротив, при значениях pH кожи > 1 в дорзальной точке и > 3,1 в абдоминальной точке не зарегистрировано спаечного процесса в препуции.