



**С.Я. ВОЛГИНА, А.В. ШАХТАРИН**

Казанская государственная медицинская академия

616.35-053.2

## Непрерывная профилометрия анального канала у детей с энкопрезом на фоне хронических запоров

**Цель исследования:** выявить функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки и сравнить длину анального канала у детей с вторичным энкопрезом и хроническими запорами.

**Методы исследования:** всем детям проводилась непрерывная профилометрия анального канала на аппарате «Delphis» фирмы «Laborie medical technologies» со скоростью 1 мм/сек. Для освобождения кишечника от каловых масс перед проведением процедуры больному ставилась очистительная клизма. Оценке подлежали: тонус ректальных сфинктеров и длина анального канала.

Было обследовано 67 детей в возрасте от 3 до 12 лет с вторичным недержанием кала. Клиническая картина заболевания соответствовала Римским критериям III. Диагноз подтверждался лабораторными, инструментальными (УЗИ, ректоскопия) и рентгенологическими (иригоскопия) методами исследования. Группу сравнения составили 49 детей с обстипацией без каломазания и 30 здоровых детей того же возраста. Следует отметить, что у последних тонус анальных сфинктеров варьировал в пределах 124–151 мм вод.ст.

Установлено, что выраженная гипотония анальных сфинктеров ( $82,3 \pm 11,8$  мм вод.ст.) отмечалась только у пациентов

основной группы в 71,6% случаев ( $p < 0,05$ ), умеренная — ( $110,9 \pm 6,6$  мм вод. ст.) регистрировалась с одинаковой частотой соответственно у 23,9 и 18,4% обследуемых, гипертония ( $157 \pm 5,6$  мм вод. ст.) определялась у 4,5 и 20,4% детей ( $p < 0,05$ ). Нормотония ( $136,5 \pm 8,3$  мм вод. ст.) наблюдалась у 61,2% пациентов с обстипацией и у 100,0% — здоровых.

Длина анального канала оказалась уменьшенной ( $26,7 \pm 1,2$  мм) у 58,2% детей основной группы, у остальных 41,8%, как и всех пациентов группы сравнения, она соответствовала показателям их здоровых сверстников ( $30,6 \pm 2,5$ ).

**Закключение:** вторичный энкопрез развивается на фоне выраженной гипотонии мышц запирательного аппарата прямой кишки, в то время как запоры сопровождаются нормотонией. Более чем у половины пациентов с недержанием кала регистрируется уменьшение длины анального канала, что свидетельствует о врожденной слабости мышц тазового дна.

Предложенный метод исследования может использоваться как с диагностической целью, так и для динамического наблюдения за состоянием анальных сфинктеров.

**Секция:** уроандрология. Перспективы консервативных и хирургических методов лечения.

616-007.17.2-468.6

**Е.Н. ВРУБЛЕВСКАЯ, С.Л. КОВАРСКИЙ, С.Г. ВРУБЛЕВСКИЙ,  
Н. А. АЛЬ-МАШАТ, А. И. ГУРЕВИЧ, Е. В. ФЕОКТИСТОВА, Г.С. ПОДДУБНЫЙ**  
Российский государственный медицинский университет

## Выбор тактики ведения пациентов с мультикистозной дисплазией

Особое место в разделе кортикальных кистозных поражений почек занимает мультикистозная дисплазия. В последнее время возросла частота определения патологии в антенатальном периоде в связи с широким распространением ультразвуковой диагностики.

Отношение к данной патологии в вопросах выработки тактики лечения противоречивое.

За период с 2003 по 2009 год в отделении урологии и плановой хирургии, а также в нефро-урологическом центре ДГКБ №

13 им. Н.Ф.Филатова находилось на обследовании и лечении 36 пациентов с диагнозом мультикистозная дисплазия.

Все пациенты поступали для обследования после УЗ скрининга, позволившего заподозрить порок развития почки.

У 32 пациентов (88,88%) компрометированные почки определялись в типичном месте, размеры их соответствовали нормативным. Паренхима была представлена различным количеством разнокалиберных кист, без видимого сообщения полостных систем. При ЦДК — кровоток по магистральной почечной

артерии прослеживался отчетливо до ворот почек. При ИД — скоростные характеристики были снижены, IR был повышен до 0,85-0,87. Основными дифференциально-диагностическими критериями мультикистозной дисплазии (в отличие от гидро-нефроза 3 Б степени) были: отсутствие дифференцированной паренхимы, невозможность проследить чашечно-лоханочный комплекс, отсутствие интрапаренхиматозного кровотока.

У 4 пациентов (11,12%) с предположительным диагнозом мультикистозная дисплазия по результатам антенатального УЗИ при сканировании через 3 месяца после рождения выявлено уменьшение размеров пораженной почки, паренхима была представлена множественными кистозными образованиями диаметром до 0,8 мм и структурой средней эхогенности, которая трактовалась нами как недифференцированная мезенхима. Кровоток с высокими индексами резистентности, по данным доплерометрии, определялся только на основных почечных сосудах. Единичные цветовые сигналы регистрировались между кистозными образованиями. Во всех случаях четко визуализировалась собирательная система почки. Результаты УЗ сканирования позволили нам заподозрить наличие тотальной кистозной формы гипопластической дисплазии.

Для определения функционального состояния контрлатеральной почки всем пациентам выполнено радиоизотопное исследование. Нефросцинтиграфия выявила отсутствие визуализации органа на стороне поражения в 32 (88,8%) случаях, у 4 (11,1%) пациентов отмечалось мозаичное накопление радиофармпрепарата в паренхиме пораженной почки и афункциональный тип кривой.

Для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса пациентам изучаемой группы была выполнена микционная цистоуретрография, позволившая выявить ПМР в контрлатеральную почку у 4 детей.

Длительное время при установленном диагнозе мультикистозной дисплазии пациентам независимо от возраста вы-

полнялась операция лапароскопическая нефруретерэктомия. Проведение хирургической коррекции было связано с возможностью развития осложнений (малигнизация, нагноение, разрыв кистозных полостей в результате травмы).

За исследуемый период хирургическое лечение было выполнено 27 (75%) пациентам (23 (63,8%) ребенка оперированы по поводу мультикистоза и 4 (11,12%) детей — с кистозным изменением паренхимы и отсутствием функции почек по данным радиоизотопного исследования). В возрасте до 1 года мы не выполняли нефруретерэктомию, от 1 до 3 лет выполнено 11 операций, от 3 до 7 лет — 13 нефрэктомий, после 7 лет — 3 операции.

При мультикистозе, диагностированном антенатально или в неонатальном периоде, при последующем наблюдении почка может не визуализироваться во время УЗ исследования, подвергаясь обратному развитию. Подобное состояние трактуется как инволюция мультикистозной почки.

В настоящее время у 4 (11,12%) пациентов в возрасте 3-5 лет по результатам динамического ультразвукового исследования, выполняемого на первом году жизни 1 раз в 3 месяца, а далее 1 раз в 6 месяцев, отмечается постепенное сокращение размеров пораженного органа в связи с уменьшением размеров кистозных полостей.

У 5 (13,8%) пациентов, наблюдаемых в течение 1-3 лет, не отмечено динамики роста кистозных полостей и увеличения в размере нефункционирующей почки.

Сморщивание кист и изменение размеров органа объясняется действием различных факторов роста, принимающих участие в формировании почки.

Таким образом, возможно длительное динамическое наблюдение без выполнения хирургического лечения у пациентов с мультикистозной дисплазией при отсутствии увеличения в размерах пораженного органа и клинических проявлений.

616.12-008.331.1-053.2

**Р.Т. ГАНИЕВА, Т.П. МАКАРОВА, В.Н. ОСЛОПОВ, Д.И. САДЫКОВА, Г.М. ФАРХУТДИНОВА**

Казанский государственный медицинский университет

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

## Мембранные основы у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией и их родителей

В ГМУ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ (главный врач Е.В.Карпукhin) у 20 матерей и 16 отцов детей и подростков с артериальной гипертензией и самих детей была обследована скорость натрий-литиевого транспорта (НЛПТ) в мембране эритроцита. Проницаемость мембраны эритроцитов для натрия оценивалась методом определения максимальной скорости НЛПТ в эритроците (в мкмоль Li<sup>+</sup>/л\*кл. в час (мкМлИ)) /M.Canessa, 1980/. Средние скорости НЛПТ у женщин составили 290,36±14,74 мкМлИ,

у мужчин 321,5± 20,47 мкМлИ. Из 20 матерей у 10 женщин дети страдали лабильной гипертензией, у 10 матерей — стабильной гипертензией. Средняя скорость НЛПТ у матерей детей с лабильной гипертензией — 277±18 мкМлИ. У их детей средняя скорость НЛПТ равна 282±18 мкМлИ. Средние скорости НЛПТ матерей, у которых дети страдают стабильной гипертензией, и их детей составила 300±22 мкМлИ и 270±25 мкМлИ соответственно. Из обследованных 16 мужчин у 6 отцов были дети с лабильной гипертензией и у 10 — дети со стабильной гипер-