

ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ**С.А. Павлоцкий****Казахский национальный медицинский университет,
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Алматы, Казахстан**

За период с 2005 по 2008 г. на базе Научного центра педиатрии и детской хирургии на обследовании и лечении находились 53 больных в возрасте 1-14 лет. По характеру проведенной операции больные были разделены на 2 группы: I - поэтапное и II – одноэтапное хирургическое лечение. Поэтапное устранение гипоспадии проведено у 28 (53%) больных, одноэтапная коррекция - у 25 (47%). В зависимости от формы гипоспадии группы были представлены следующим образом: головчатая форма (I-я - 2, II-я - 5 больных), венечная форма (I-я - 3, II-я - 4 больных), стволовая форма (I-я - 18, II-я - 12 больных), мошоночная форма (I-я - 5, II-я - 4 больных). Всем детям были проведены следующие исследования: общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ органов малого таза, КТ-графия, микционная цистография, урофлоуметрия - по показаниям). Были применены методы оперативной коррекции: по Лимбергу, Nesbit, Cecil, W. Snodgrass.

У детей первой группы хирургическая коррекция включала корпоропластику по технике Nesbit (5 больных) и по Лимбергу (23 больных) с выполнением последующего этапа - уретропластики - методом Cecil, вторая группа детей оперирована методом W. Snodgrass (25 больных).

При поэтапном устранении гипоспадии (I-я группа) на первом этапе лечения - выпрямлении кавернозных тел - основным осложнением являлся рецидив деформации - 4 (14%), меатостеноз эктопированного наружного отверстия - у 3 (11%), рубцовая деформация полового члена (область кожной пластики по Лимбергу) - у 3 (11%) больных. Вторым этапом оперативного лечения гипоспадии являются операции уретропластики, наиболее частым и типичным осложнением которых является образование свищей неоуретры - 5 (18%) случаев, у 3 (11%) детей отмечено расхождение краев послеоперационной раны.

При применении одноэтапной коррекции гипоспадии по методу W. Snodgrass (II-я группа), в раннем послеоперационном периоде отмечались мочевиные свищи уретры у 3 (12%) детей. В 2 (8%) случаях после удаления уретрального катетера в различные сроки отмечались сужения неомеатуса и неоуретры.

Анализ осложнений показал, что использование поэтапной коррекции гипоспадии сопровождалось осложнениями в 65% случаев, в то время как применение одноэтапной коррекции гипоспадии по методу W. Snodgrass позволило у 80% пациентов добиться удовлетворительного результата с низким процентом осложнений и хорошим косметическим эффектом.

УРОЛИТИАЗ**Ш.Х. Эльмурадов, Ф.Ф. Валиев, А.Ш. Сатаров, Ю.Б. Ибрагимов****Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии,
Самарканд, Узбекистан**

Одной из актуальных проблем детской урологии продолжает оставаться хирургическое лечение уролитиаза у детей. Сложность выбора объема операции и определение этапности хирургического лечения множественного уролитиаза связаны с различными морфофункциональными изменениями почек, общим состоянием больного, нарушениями параметров гомеостаза.

В отделении урологии Самаркандского филиала детской хирургии РСНПМЦ педиатрии за последние 10 лет (1998-2008 г.) было пролечено 98 детей с множественным уролитиазом. В возрасте от 1 до 3 лет было 25 (25,5%), от 4 до 7 лет - 28 (28,6%), от 8 до 14 лет - 45 (45,9%). Всем пациентам проведено комплексное урологическое обследование.

У наблюдавшихся больных двусторонний нефролитиаз (ДН) был диагностирован у 47 (48%). Камни с одной стороны в почке и в мочеточнике с противоположной стороны отмечались у 5 (5,1%). Множественная локализация камней на одной стороне мочевого тракта (почка и мочеточник) выявлена у 16 (16,3%) больных. Наличие камней почки и мочевого пузыря диагностировано у 21 (21,4%) детей. Сочетание камней в обоих мочеточниках обнаружено у 5 (5,1%) больных, у 2 (2%) диагностированы камни обеих почек и мочевого пузыря, наличие камней в обеих почках и мочеточнике отмечено у 2 (2%) детей. У всех больных был выявлен калькулёзный пиелонефрит различной степени.

При решении выбора стороны первоочередной операции и этапности хирургического лечения в нашей клинике придерживаются следующей тактики. При выборе тактики хирургического лечения ДН оперативное вмешательство производилось на стороне с более выраженными обструктивными явлениями. При одинаковых изменениях в обеих почках оперативное вмешательство осуществлялось на стороне, где больше вероятность развития обструктивных процессов. При сочетании солитарных и коралловидных камней почек, особенно при множественных камнях, хирургическое вмешательство в начале производилось на той стороне, где локализуется солитарный камень.

При множественной локализации камней, располагающихся на одной стороне мочевого тракта, с учетом состояния больного во время операции в 7 случаях одновременно произведены нефролитотомия и уретеролитотомия, а 14 больным - нефролитотомия и эпицистолитотомия. В 2 случаях при полной утрате функции почки произведена нефруретерэктомия.

Таким образом, множественный уролитиаз является одной из тяжелых патологий детского возраста требующий оценки морфофункционального состояния мочевыводящей системы и обоснованного поэтапного хирургического лечения.