

Цель: провести анализ дестабилизации генома и изучить особенности течения перинатального поражения центральной нервной системы, вызванного внутриутробной инфекцией.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 42 новорожденных с перинатальной патологией ЦНС на фоне верифицированной ВУИ (с верифицированной герпетической инфекцией было 7 человек (17%), с ЦМВИ — 14 (34%), с кандидозной инфекцией — 9 (21%), с уреоплазменной — 12 (30%)) и 20 детей, здоровых от исследуемых патологий. Оценка неврологического статуса детей проводилась общепринятыми методами. Верификация возбудителя производилась при помощи полимеразно-цепной реакции и иммуно-ферментного анализа. Исследование дестабилизации генома проводилось микроядерным тестом. В мазке периферической крови просматривалось 20000 эритроцитов, среди которых подсчитывались клетки, содержащие остатки хромосомного материала — микроядра. Количество эритроцитов с микроядрами (ЭМ) выражалось в процентах. Также всем детям проводилось нейросонографическое исследование, оценка количества эритроцитов и гемоглобина по общепринятым методикам. Статистическая обработка результатов производилась с использованием параметрического критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Согласно «Классификации перинатальных поражений нервной системы» Якунина Ю.А. и соавт. (1979 г.) у детей с диагнозом «внутриутробная инфек-

ция» выявлены следующие клинические синдромы: синдром угнетения центральной нервной системы — 83,3%, синдром повышенной нейрорефлекторной возбудимости — 16,7%, синдром внутричерепной гипертензии — 100%, снижение мышечного тонуса — 100%. Гипертензионный синдром выявлен у всех обследованных с кандидозным поражением, у половины детей с герпетической инфекцией и у четверти новорожденных с нейроинфекцией цитомегаловирусной и уреоплазменной этиологии. Особенностью структурных изменений головного мозга по данным нейросонографии явилось наличие у 41% обследованных псевдо- и микрокист, мелкоочечных паренхиматозных гематом. Снижение уровня гемоглобина отмечено у всех детей с кандидозом, у 71% обследованных с уреоплазменной инфекцией, у 62% — с ЦМВ, у 25% — с герпетической инфекцией. Уровень дестабилизации генома у всех обследованных достоверно превышал среднее значение показателя у здоровых детей (0,97% и 0,08%, соответственно; $p < 0,05$). Оказалось, что число ЭМ было максимальным у детей с кандидозным менингоэнцефалитом (1,09%), минимальным — у детей с герпетической нейроинфекцией (0,80%).

Подытоживая исследование, можно заключить, что у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы, вызванным внутриутробной инфекцией, обнаружен высокий уровень дестабилизации генома с достоверным превышением в группе детей с кандидозом и отмечается гипертензионный синдром, протекающий на фоне стойкой анемии.

616-007.46-053.25

А.А. АХУНЗЯНОВ, Л.Ф. РАШИТОВ

Казанский государственный медицинский университет

Опыт лечения экстрофии клоаки у девочки

Экстрофийные пороки развития мочевой системы делятся на два порока: классическую экстрофию мочевого пузыря и экстрофию клоаки. Экстрофия клоаки — наиболее тяжёлая и редкая форма порока, когда расщепление органов распространяется не только на урогенитальную область, но и на терминальный отдел кишечной трубки. Под нашим наблюдением находились 7 детей с экстрофией клоаки различной степени выраженности: 2 детей умерли в раннем неонатальном периоде (60-70-е годы XX века), родители 1 ребёнка отказались от лечения, 4 больных оперированы.

Наибольший клинический интерес представляет следующее наблюдение. Больная М. родилась в августе 1967 г. с массой тела 3500 г и сразу из родильного дома была переведена в клинику детской хирургии г. Казани. При клиническом обследовании у ребёнка выявлены: эмбриональная грыжа пупочного канатика (диаметр у основания равен 4 см), экстрофия клоаки, расхождение лобковых костей, атрезия анального отверстия, двусторонний уретерогидронефроз, двусторонний врождённый вывих бедра и гемангиома промежности.

Передняя стенка клоаки состояла из прозрачной плёнки, через которую просвечивали моча и меконий. Жидкий меконий с трудом отходил через узкое отверстие на упомянутой плёнке,

которое находилось на уровне мочеиспускательного канала. С целью создания лучшего оттока содержимого клоаки выводной проток её был несколько расширен. В последующем происходило постепенное некротическое отторжение указанной плёнки и полностью открылась задняя стенка клоаки, которая во время напряжения ребёнка выпячивалась в виде ярко-красной грибовидной опухоли.

Стационарное лечение проводилось в течение длительного времени и состояло из следующих этапов: оперативное расширение выводного протока клоаки (сразу после рождения); консервативная терапия эмбриональной грыжи пупочного канатика (в первые месяцы жизни); консервативная терапия гемангиомы промежности (алкоголизация — в первые месяцы жизни ребёнка); операция промежностной проктопластики (в возрасте 6 мес.); операция пластики мочевого пузыря с уретрой из остатков стенки клоаки с восстановлением симфиза по методике А.А.Ахунзянова в возрасте 2 лет 1 мес.

Уже через год после последней операции контрольная экскреторная урография указала на полную нормализацию функционально-морфологических параметров верхних мочевыводящих путей. Более того, на этих же снимках определялись полная нормализация вертлужной впадины и тазобедрен-

ного сустава справа и значительное улучшение элементов одноимённого сустава на левой стороне.

В послеоперационном периоде до 10 лет психическое и физическое развитие вполне соответствовало возрасту ребёнка. Она была чистоплотной, удерживала кал и газы. Емкость мочевого пузыря увеличилась до 50-60 мл. Позывы на мочеиспускание чувствовала. Отмечалось частичное недержание мочи. В анализах мочи определялись минимальные патологические изменения.

Однако у больной в возрасте полового созревания (14 лет) во время месячных появились изнурительные маточные кровотечения, каждый раз требовавшие оказания неотложной гинекологической помощи в условиях стационара (гемостатическая терапия, переливания крови и т.д.). Гинекологи потребовали от нас оказания больной более радикальной медицинской помощи. По нашему мнению, причиной столь сильных маточных кровотечений явилось тромболитическое свойство мочи, омывающей полость мочевого пузыря, созданного из стенки экстрорированной клоаки, включающей и экстрорированную стенку матки. Выход из этой сложной ситуации был один — разделить мочевую систему от половой. Так, в возрасте 15 лет больной была выполнена уникальная многокомпонентная операция — цекоцистоасцендоуретропластика (27.01.1982, А.А. Ахунзянов). Первичная уретра разбуживана до размеров влагалища.

В результате этих операций удалось достичь следующих результатов: наружное отверстие первично выполненного мочеиспускательного канала, выполняющего функцию влагалища, свободно пропускало расширитель Гегага №14. Менструации стали совершенно нормальными.

Большая находится под нашим наблюдением до настоящего времени. Артифициальные мочевой пузырь и уретра функционируют (объёмы мочеиспусканий 200-300 мл), позывы к мочеиспусканию ощущает, газы и кал удерживает, частичное недержание мочи устраняется путём ношения небольшого специально изготовленного грыжевого бандажа.

Как известно, успешная операция по поводу экстрофии клоаки по данным литературы (Ашкрафт К., Холдер Т., 1997, Campbell's Urology, 2007) впервые выполнена в 1960 г. P.P.Rickham. Из 19 больных, описанных в мировой литературе до 1970 г., выжили 6.

Выводы. Экстрофия клоаки, имеющая различные варианты развития, относится к наиболее тяжёлым порокам развития мочеполовой системы и кишечника. Диагностика и выбор хирургической тактики при ней требуют индивидуального подхода и этапного лечения. Лечение больных с экстрофией клоаки следует проводить в специализированных клиниках, имеющих опыт лечения таких больных.

616.62-053.2

Р.С. БАЙБИКОВ, А.А. АХУНЗЯНОВ, Н.Р. АКРАМОВ, Ш.К. ТАХАУТДИНОВ

Казанский государственный медицинский университет

Детская республиканская клиническая больница, г. Казань

Дифференцированный подход к лечению детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом

Распространенность пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) и последствия этого заболевания (хронический инфекционно-воспалительный процесс, отставание в развитии, диспластические изменения со стороны почек с развитием нефрогенной гипертензии, хронической почечной недостаточности), неизбежно приводящие к инвалидизации, диктуют необходимость поиска путей совершенствования лечебной тактики. Современная лечебная стратегия ПМР включает в себя комплекс мероприятий, направленных на устранение причины рефлюкса и ликвидацию его последствий. Выбор метода коррекции ПМР, безусловно, определяется его формой.

Нами изучены результаты лечения 722 больных с ПМР, из них девочек — 438 (60,7%), мальчиков — 284 (39,3%). Пациенты были выявлены в возрасте от 1 месяца до 17 лет, средний возраст составил 7,3 года, из них до 3 лет 96 (13,3%). В результате обследования выявлены следующие варианты ПМР: односторонний — 433 (60,0%), двусторонний — 289 (40,0%). По степени развития ПМР больные распределены следующим образом: I степень — 29 (2,8%) мочеточника, II степень — 327 (32,2%), III степень — 438 (43,1%), IV степень — 160 (15,7%) и V степень — 62 (6,2%). Первичный ПМР выявлен у 225 (31,1%) больных. Причиной вторичного ПМР у 454 (62,8%) больных явилась ИОВ, у 66 (9,2%) — НДМП, у 22 (3,0%) — аномалии устья мочеточника в виде уретероцеле, у 12 (1,7%) — пере-

несенные уретероцистонеостомии, у 4 (0,5%) — экстрофия мочевого пузыря. Инфекционно-воспалительный процесс в виде уретрита сопутствовал у 2 (0,3) больных, цистита — у 101 (13,9%), пиелонефрита — у 713 (98,6%), уросепсиса — у 7 (0,96%) и пионефроза — у 11 (1,5%). Диспластические поражения почек отмечены в 26,5% случаев. ХПН наблюдался у 97 (13,4%) больных. В декомпенсированной стадии нарушения уродинамики находились 94 (13,0%) ребенка.

Для оценки исходов лечения пациенты условно были распределены в 2 группы: исследуемая — 124 (17,2%) пациента, контрольная — 598 (82,8%). Основываясь на результатах комплексного обследования, в своей работе мы применили современные методы ликвидации пузырно-мочеточникового рефлюкса, включающие патогенетическую консервативную терапию, открытые оперативные вмешательства и эндоскопическое лечение. У больных исследуемой группы дифференциальная диагностика этиологии ПМР и выбор метода лечения осуществлена с применением оригинальных методов уродинамических исследований. В контрольной группе пациенты обследовались по классической схеме. Консервативно излечены 315 (43,6%) детей. У 407 (56,4%) больных применены оперативные вмешательства, из них у 243 (33,7%) с использованием открытых антирефлюксных операций, и у 164 (22,7%) — эндоскопических (с использованием различных имплантатов). В настоящее вре-