

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 мочевых 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.