

Гиперрефлекторный мочевой пузырь объединяет несколько вариантов детрузорно-сфинктерных диссинергий. К ним относятся гиперрефлексию моторную, сенсорную, постуральную, незаторможенный пузырь и др. Для гиперрефлекторного типа характерны поллакиурия, императивное недержание мочи и энурез в различных сочетаниях. У детей с гранулярным циститом по сравнению с больными катаральным циститом более выражена рефлексивность на всех этапах цистометрического исследования. Гораздо чаще появляются учащенные позывы к мочеиспусканию. Устранение симптомов расстройств акта мочеиспускания неравнозначно восстановлению функции мочевого пузыря; у значительного числа больных нестабильное состояние детрузора сохраняется, хотя степень выраженности и становится несколько меньшей.

Под влиянием различных методов лечения дисфункция и гранулярный цистит приобретают субклинический вариант течения, что и обуславливает постоянную угрозу рецидивов нарушений акта мочеиспусканий, уродинамики и воспаления. Наибольшую сложность в лечении представляет цистит в сочетании с НДМП.

В клинике Омска под руководством профессора, заведующего кафедрой детской хирургии Л.А. Ситко с 1998 по 2004 год пролечено 137 пациентов от 4 до 14 лет, с диагнозом: НДМП, гиперрефлекторный адаптированный тип, гранулярный цистит. Выявлен рост

гранулярного цистита относительно общего количества его проявлений. По данным бактериологического исследования мочи, до начала лечения преимущественно высевалась *E. coli* – 40%, а различные микробные ассоциации составили 8%. Стерильные посева мочи наблюдались у 26% пациентов.

Комплексное консервативное лечение гранулярного цистита необходимо во всех случаях. Показан охранительный режим. Для усиления диуреза назначается фитотерапия; уроантисептики и системные антибиотики – по показаниям. Курс комплексной терапии включает в себя инстилляции мочевого пузыря 1%-ным раствором диоксида натрия объемом 20–50 мл (в зависимости от возраста) и физиотерапию (УВЧ-терапию, лазеротерапию или ДЭНАС-терапию № 10 по схеме: 2 раза в день после обработки кожи малавтилином). Срок лечения – не менее 3 недель. Назначается пикамилон.

Повторное лечение осуществляли через два месяца. На контрольном обследовании через 2 месяца у 53 пациентов, которые получали ДЭНАС-терапию, на цистоскопии сократилось количество грануляций на слизистой и их диаметр. Интенсивность гиперемии слизистой оболочки уменьшилась. Жалоб на дизурию не было.

При диагностировании у детей гранулярного цистита в сочетании с НДМП целесообразно проводить 3-4 курса лечения в год в условиях специализированного стационара.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА

В.В. Паршиков, Е.С. Кроль, Е.И. Карпович

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

Функциональные нарушения запирающего аппарата после радикальной коррекции пороков развития прямой кишки отмечаются, по данным литературы, в 30–60% случаев, что сопровождается нарушением социальной адаптации пациентов. Именно в педиатрической практике необходима в разработке новых методик исследования сфинктерного аппарата прямой кишки, которые позволят объективно оценить функцию анального держания независимо от возраста и интеллектуального развития пациента.

С 1996 по 2006 год 54 пациентам в возрасте от 2 месяцев до 10 лет после реконструктивных операций по поводу атрезии прямой кишки и ануса (АПКИА) выполняли компьютерную электромиографию (ЭМГ). Брюшно-промежностная проктопластика (БПП) произведена 16 детям, 22 выполнялась заднесагитальная аноректопластика (ЗСАРП) по Пеню, 11 – промежностная анопластика по Стоуну – Бенсону, 4 – по Саломону. Получено 96 ЭМГ-кривых.

ЭМГ первично-мышечного типа зарегистрирована у 19 пациентов после ЗСАРП (при этом средняя частота составила 643 ± 130 сокращений в секунду, а амплитуда – 273 ± 30 мВ), у 8 после БПП (средняя частота и амплитуда составили 632 ± 111 сокращений в секунду и 127 ± 40 мВ соответственно), а также у 13 из 15 пациентов, которым выполнена промежностная анопластика по поводу низких форм

АПКИА (средняя частота и амплитуда – 479 ± 109 сокращений в секунду и 370 ± 57 мВ соответственно). При сопоставимой частоте амплитуда сокращений была существенно выше после операции Пеню по сравнению с БПП, что свидетельствует о восстановлении функциональной способности волокон наружного сфинктера после рассечения ($p < 0,05$).

ЭМГ II типа выявлена только у 5 пациентов после БПП и у 2 оперированных по Стоуну – Бенсону. Клинически у этих детей имелись рубцовая деформация области неоануса и грубый стеноз прямой кишки, с трудом поддающийся бужированию. Ни у одного ребенка после ЗСАРП и операции Саломона нарушения иннервации по невральному типу не зарегистрировано.

Из 24 пациентов в группе после ЗСАРП при электромиографическом исследовании у 3 выявлены нарушения иннервации НСЗП по спинальному типу. Данные нарушения сочетались с энкопрезом III степени. Это были дети с синдромом каудальной регрессии, имеющие грубые сопутствующие аномалии – такие, как спинномозговая грыжа, экстрофия мочевого пузыря, – а также синдромальную патологию нервно-мышечной регуляции. Столько же пациентов со спинальными нарушениями иннервации было среди оперированных комбинированным до-

Говорить о благоприятном прогнозе в плане удовлетворительного анального держания у данного контингента больных, к сожалению, не представляется возможным, однако регулярные курсы реабилитационного лечения совместно с неврологами позволяют улучшить качество жизни этих пациентов.

Таким образом, диагностика состояния запирающего аппарата прямой кишки после лечения врожденных аномалий аноректальной зоны являет-

ся актуальной проблемой детской хирургии. До настоящего времени остается немало спорных и нерешенных вопросов, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в этой области. Определение функционального состояния аноректальной зоны имеет важное значение в выборе метода оперативного вмешательства, оценке результатов хирургической коррекции аноректальных пороков развития и прогнозировании реабилитации.

ОПЫТ ПЛАНОВОЙ ЭНДОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Е.С. Саблин

Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлевецова, г. Архангельск

В клинике детской хирургии АОДКБ в 1993–2006 годах произведено 824 плановых лапароскопических вмешательств больным в возрасте 1 суток – 22 лет. Лапароскопические исследования выполнялись у пациентов с подозрением на опухоль брюшной полости (61), с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (38), с интерсексуальными состояниями (15). Биопсии образований и органов производились в 65 случаях, в 29 случаях – санация и дренирование брюшной полости, 6 раз делалась спленопортография, 6 раз – чрезпеченочная пункция желчного пузыря (3 из них – у новорожденных с подозрением на атрезию желчных ходов). У 7 детей после ранее перенесенных операций проводился адгезиолизис, по поводу стойкого болевого синдрома. Детям с желчекаменной болезнью и одному ребенку с полипом желчного пузыря произведено 36 лапароскопических холецистэктомии. В 1 случае по ирригатору из брюшной полости в течение десяти дней отмечалось желчеистечение, которое остановилось самостоятельно.

У детей с заболеваниями крови было выполнено 3 лапароскопических спленэктомии. Еще у 2 детей, в результате возникших во время операции технических трудностей, осуществлялся переход к лапаротомии. У 4 детей успешно произведено удаление кисты селезенки, у 10 девочек – кисты яичника (одна из них дермоидная), в одном случае – пареооариальной кисты больших размеров.

В последнее время успешно внедряется в практику оригинальная методика ассистированной лапароскопической установки шунта в брюшную полость при гидроцефалии. Уже выполнено 4 операции. С помощью немецких коллег в нашей клинике положено начало лапароскопической фундопликации по Ниссену и лапароскопической мобилизации сигмовидной кишки при болезни Гиршпрунга.

С 1997 года в нашей клинике применяются оригинальные методики лапароскопической коррекции паховых и пахово-мошоночных грыж, водянок оболочек яичка и семенного канатика, которые позволяют избежать травмирования элементов семенного канатика. Таких операций произведено 486, из них 8 (1,6%) рецидивов.

Лапароскопия позволила уточнить агенезию или аплазию яичка в 35,3%, а в 37,7% случаев выявить абдоминальную форму дистопии яичка и выполнить пересечение яичковых сосудов, как первый этап операции. В 27% случаев была диагностирована паховая дистопия, которая потребовала открытого вмешательства.

Эндоскопическое рассечение простого уретероцеле (без удвоения почки) успешно выполнены у 11 больных. У 1 ребенка в последующем проводилось повторное эндоскопическое вмешательство, у 2 – открытая операция.

Эндоскопическое разрушение клапана выполнено с положительным результатом у 11 мальчиков, в 1 случае попытку пришлось отложить из-за отсутствия резектоскопа маленького калибра.

В 3 случаях под контролем цистоскопа в мочевой пузырь вводился лапароскопический троакар. Таким образом, из мочевого пузыря были успешно удалены инородные тела больших размеров. За последние шесть лет 11 мальчикам произведено эндоскопическое рассечение стриктуры уретры. У 3 пациентов эндоскопические попытки не удалось, и им была произведена открытая пластика уретры.

С 2001 года в клинике применяются лапароскопические операции при варикоцеле с оставлением яичковой артерии. За этот период произведено 47 таких операций. Рецидивы составили 10,6%. По мере накопления опыта количество рецидивов сокращается.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЗОФАГОПРОТЕКТОРА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Э.В. Сапухин, В.Н. Стальмахович

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,
Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Обобщен опыт лечения 83 детей, поступивших в ИГОДКБ с химическими ожогами пищевода III степени и послеожоговыми сужениями, за 14 лет. Дети с

химическими ожогами III степени и послеожоговыми сужениями пищевода разделены на 3 группы: в 1-ю группу (ГКС) вошло 32 ребенка (1991–1999),