

при мочеиспускании, через 3 месяца дополнительно выполняли урофлоуметрию, УЗИ и УЗДГ органов мошонки и полового члена и оценку косметического результата. Всем мальчикам на линию шва проводились аппликации тизоль с лидазой 64 ЕД в течение 2 месяцев. Ухудшения гемодинамических показателей, уменьшения размеров полового члена и гонад не выявлено ни у одного ребенка.

Осложнения в виде стриктуры уретры наблюдались при использовании методики Snodgrass — 2 (1,6%) со среднестеволовой и задней формой гипоспадии. Стеноз головчатого отдела устранен бужированием уретры. Показатели тока мочи при контрольном исследовании были у всех детей в пределах нормы. Свищи неоуретры встречались при первичной операции — 9 (5,5%) и 2 при повторной — (1,2%) при применении методики Mathieu — 5 (41,6%), Snodgrass — 6 (4,9%). Наибольшее количество осложнений наблюдалось у детей

старшего возраста. Осложнения в виде свищей устранены укрыванием линии швов диэпителизированным лоскутом. Несмотря на нередкое несоответствие взглядов со стороны хирурга и родителей на косметические данные, не было получено ни одного осложнения в виде отрицательного результата.

Проведя анализ использованных в нашей клинике уретропластик при различных формах гипоспадии, мы пришли к выводу, что достичь полного выпрямления полового члена, минимального процента осложнений, хорошего косметического и функционального результата во всех группах детей удалось с применением наиболее эффективных одноэтапных методик — Snodgrass и Duplau в модификации, высококачественного шовного материала, а также благодаря длительному динамическому наблюдению уролога в послеоперационном периоде с оценкой параметров тестикулярного кровотока и показателей тока мочи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
2. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии/Н. А. Лопаткин. — М.: Медицина, 2009. — 1024 с.
3. Рудин Ю. Э. Алгоритм лечения гипоспадии в детском возрасте. Опыт 294 наблюдений/Ю. Э. Рудин // Новое в диагностике и лечении андрологических больных: тез. докл. регион. науч.-практ. конф./Под ред. В. Н. Журавлева. — Екатеринбург, 2001. — С. 113.
4. Файзулин А. К. Одноэтапная коррекция гипоспадии у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35/Файзулин Айвар Карибович; РГМУ. — М., 1995. — 24 с.

С. А. Мельникова, Л. Г. Основин, И. В. Карпачева, С. Г. Сысоев

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА МАЛЬЧИКАМИ СО СКРЫТЫМ ПОЛОВЫМ ЧЛЕНОМ

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Скрытый половой член (СПЧ) относится к редким порокам развития наружных половых органов (0,6%) у детей. Представлены результаты лечения 35 мальчиков с СПЧ, обоснован алгоритм диагностики на до- и послеоперационном этапе. Разработана собственная методика оперативной коррекции СПЧ.

Ключевые слова: скрытый половой член, оперативное лечение, дети.

Скрытый половой член (СПЧ) — порок развития полового члена (ПЧ), характеризующийся нормально развитыми каверноз-

ными телами, но аномально расположенными в окружающих тканях лобковой области или мошонки, проявляющийся в визуальном

уменьшении ствола [1, 2, 3, 4, 6]. СПЧ относится к редкому пороку развития ПЧ у детей, недостаточно обсуждается в литературе, нет единого взгляда на патогенез [1, 4, 5], объем обследования [1, 2, 5], не принята единая классификация СПЧ [1, 4, 8], не регламентированы сроки, показания и способы оперативной коррекции, нет общепринятой схемы диспансеризации пациентов [1, 3, 4].

Цель работы — оценить эффективность хирургической коррекции скрытого полового члена у детей.

В хирургическом отделении №3 МАУ ДГКБ №9 за последние 4 года лечилось и наблюдалось 35 мальчиков с СПЧ, что составило 2% от всех пролеченных с пороками развития наружных половых органов. Возраст больных диспансерной группы — от 6 месяцев до 16 лет, средний возраст основной группы составил 6,5 лет. Алгоритм диагностики включает осмотр уролога, ультразвуковые методы исследования (УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ органов мошонки, УЗДГ penis и сосудов полового члена), по показаниям рентгенологическое обследование, консультация эндокринолога, генетика. УЗИ органов мошонки выполняется линейным датчиком с частотой 5,5-12,5 МГц в режиме реального времени. Оцениваются размеры яичек и придатка, плотность, структура органа. Измеряется диаметр вен и артерий семенного канатика, скорость кровотока с индексом резистентности.

Размеры яичек у мальчиков с СПЧ до оперативного лечения соответствовали возрастной норме у 32 (91,4%) человек, меньше возрастной нормы гонады у 3 (8,6%) детей. Выявлена киста придатка правого яичка у 2 (5,7%) мальчиков, левого — у 3 (8,6%). Множественные кальцинаты — 1 (2,8%), левосторонний крипторхизм — 1 (28%). Диаметр вен гроздьвидного сплетения варьировал между $1,5 \pm 0,8$ мм у 33 мальчиков, двое подростков (5,7%) имели диаметр вен в клиностазе $2,4 \pm 0,2$ мм, эти дети находятся на динамическом наблюдении у уролога. В группе детей до 4 лет и старше 12 лет индекс резистентности составлял $18,1 \pm 4,5$.

Ультразвуковое исследование полового члена в предоперационный период проводится без предварительной подготовки полипроекционно и полипозиционно. Структура, эхогенность у всех детей была однородной. Фиброзных включений пещеристых и губчатого

тел не обнаружено. Белочная оболочка равномерной толщины. Стенки уретры находились в спавшемся состоянии. По типам фиксации кавернозных тел к лобковым костям преобладал промежуточный тип ($15-30^\circ$) — 28 (80%), высокая фиксация (менее 15°) установлена у 3 (8,6%) мальчиков, низкая (30°) — у 4 (11,4%). При измерении передне-заднего размера подкожно-жирового слоя в надлобковой области, так называемой надлобковой жировой подушки, он более выражен у детей препубертатного ($3,9 \pm 1,0$ см) и пубертатного возраста. По данным УЗИ, у мальчиков выявлена асимметрия кавернозных тел; правое кавернозное тело больше по диаметру левого у 26 (74,3%), левое кавернозное тело было больше в диаметре правого у 3 (8,6%) мальчиков. Симметричные кавернозные тела только у 6 (17,1%) мальчиков. Детализированы размеры визуализируемой и свободной части полового члена. По клиническим признакам диагноз скрытого полового члена был установлен 16 детям (45,9%), СПЧ в сочетании с фимозом выявлен у 15 пациентов (42,9%), СПЧ в сочетании с микрофаллусом — у 2 детей (5,7%). Перепончатый половой член обнаружен у 2 человек (5,7%).

В зависимости от формы СПЧ в нашей клинике проводятся пластические операции, направленные на выявление нормально развитых кавернозных тел и высвобождение их из мягких тканей лобковой области и мошонки. Оперативное лечение выполняется под комбинированной анестезией по собственной методике — способ высвобождения кавернозных и спонгиозного тел и удлинения видимой части ствола полового члена (патент RU №2350284 С1). Первую перевязку и удаление уретрального катетера производим на 7-е сутки. На линию шва у основания полового члена ежедневно наносится раствор бриллиантовой зелени. Осложнений пластики СПЧ в ранний послеоперационный период не было. На амбулаторном этапе после отхождения швов проводят аппликации геля тизоль с лидазой 64 ЕД в течение двух недель и получают уроантисептики. Первый осмотр проводится через 1 месяц после оперативного лечения. Оценивается состояние послеоперационных рубцов, размеры полового члена, показатели ОАК, ОАМ, данные урофлоуметрии. Обязательно выполняется осмотр и измерение весоростовых показателей, оценка физиче-

ского и полового развития детей и оценка их по таблицам. Всем родителям предлагается заполнить анкету для оценки эффекта хирургического вмешательства и выявления уровня социальной адаптации ребенка.

Через 6 месяцев в послеоперационном периоде всем детям в комплекс стандартной схемы обследования включено ультразвуковое исследование. Объем яичек нормализовался у 2 из 3, количество кист придатка яичка уменьшилось до 3, а кальцинаты обнаружены только у 1 мальчика. Проба Вальсальвы была отрицательной у всех прооперированных детей. Размеры видимой части ствола ПЧ после операции соответствовали размерам свободной части ствола ПЧ до операции. Нормализовался индекс резистентности во всех возрастных группах до $0,6 \pm 0,1$, уменьшился процент асимметрии кавернозных тел с 82,5% (29) до 45,7% (16) детей. Толщина подкожно-жирового слоя уменьшилась до $1,2 \pm 0,6$ см, преобладал промежуточный тип фиксации $29,1^\circ \pm 1,1$ кавернозных тел. Пеноабдоминальный и пеноскротальный угол были сформированы правильно. У всех обследованных нами пациентов отда-

ленные результаты оценены как хорошие: послеоперационные рубцы эластичные, нет деформации полового члена и мошонки, половой член развит соответственно возрасту, кровоток магистральный, гемодинамических стенозов не выявлено. У пациентов препубертатного и пубертатного возраста выраженность вторичных половых признаков соответственно возрасту, безболезненная эрекция, физическое развитие хорошее. Уродинамических изменений не выявлено. Родителями эффект хирургического вмешательства оценен как хороший.

Выводы.

Оперативная коррекция при синдроме врожденного недоразвития полового члена у детей должна проводиться в дошкольном возрасте и только оперативным путем, что позволяет достичь уже в раннем реабилитационном периоде хорошего анатомического, а затем и функционального результата. Использование метода УЗИ диагностики позволяет стандартизировать показатели до- и послеоперационных размеров полового члена и органов мошонки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
2. Мирский В.Е. Руководство по детской и подростковой андрологии (организационно-клинические аспекты): руководство для врачей/В.Е. Мирский, С.В. Ришук. — СПб.: СпецЛит, 2008. — 319 с.
3. Окулов А.Б. Принципы специализированной помощи и реабилитации детей и подростков с заболеваниями органов репродуктивной системы./А.В. Окулов // Новое в диагностике и лечении андрологических больных: тез. докл. регион. науч.-практ. конф./Под ред. В.Н. Журавлева. — 2001. — С. 11.
4. Рудин Ю.Э. Опыт оперативного лечения скрытого полового члена у детей/Ю.Э. Рудин, А.И. Осипова // Урология. — 2003. — №2. — С. 36-41.
5. Ультразвуковая диагностика заболеваний наружных половых органов у мужчин/А.Р. Зубарев, М.Д. Митькова, М.В. Корякин [и др.]. — М.: Видар, 1999. — 96 с.
6. Peter С. Фимоз и скрытый половой член/С. Peter // Атлас детской оперативной хирургии/Под ред. проф. Т.К. Немиловой. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 559-570.

О. Е. Михайлова, А. В. Великанов, В. И. Чукреев, П. А. Макаров,
А. В. Чукреев, М. М. Виниченко

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

В данной статье представлен ретроспективный анализ материалов клиники за 6-летний период. Всего за помощью обратились 1900 детей, проглотивших инородные тела, 194 ребенка госпитализированы для лечения в хирургическое отделение. В 83% инородные тела проглочены случайно. Клинические проявления весьма разнообразны. В диагностике инородных тел желудочно-кишечного тракта наряду с тщательно собранным анамнезом большое значение имеет динамическое рентгенологическое исследование. У половины пациентов инородное тело вышло естественным путем. 91 человек пролечен эндоскопически. Девять человек прооперированы: 1 экстренное оперативное вмешательство — перфорация инородным телом стенки кишечника, 6 плановых операций при фиксации магнитных инородных тел в кишечнике. У 4 детей инородное тело (игла) удалено из прямой кишки.

Ключевые слова: инородное тело, желудочно-кишечный тракт, фиброгастроскопия.

У детей сравнительно часто в желудочно-кишечный тракт попадают различные инородные тела. В большинстве случаев инородные тела беспрепятственно проходят по желудочно-кишечному тракту, однако могут задерживаться, фиксироваться, перфорировать стенку органа.

Классификация инородных тел желудочно-кишечного тракта:

1. По размеру ИТ делят на мелкие — до 5 см и крупные — от 5 см и больше.
2. По форме — на заостренные и гладкие.
3. По виду материала (происхождению) — металлические (в т. ч. магнитные), деревянные, пластиковые, стеклянные и др.
4. По отношению к рентгеновскому обследованию — рентгеноконтрастные, рентгеннегативные.
5. По количеству — единичные и множественные.
6. По химической активности инородного предмета — химически-инертные, химически-активные.
7. По локализации — ИТ желудка, ДПК, тонкого/толстого кишечника.

Клиническая картина. Наличие инородного тела в желудочно-кишечном тракте обычно не сопровождается нарушением общего состояния ребенка.

В момент проглатывания инородного тела у детей дошкольного возраста преобладает испуг (плач, двигательное беспокойство). Старшие дети сообщают о прохождении «комка в горле». Если предмет значительных размеров, то вслед за актом глотания появляются симптомы дисфагии. В дальнейшем дети могут жаловаться на боль в горле при глотании.

Острые объекты могут перфорировать стенку желудка с развитием характерной клинической картины. В тонкой и толстой кишке также характерны клиника перфорации или обструкции.

Диагностика обычно не представляет трудности. Подробно собранный анамнез, объективный осмотр с обязательной аускультацией грудной клетки, отсутствие клинических проявлений, рентгенологическое обследование позволяют быстро и четко поставить диагноз. Осмотр и пальпация живота обычно не помогают установить наличие инородного тела.

За ребенком с инородным телом в желудочно-кишечном тракте необходимо динамическое наблюдение. Как правило, инородное тело выходит естественным путем в течение 2-4 суток.

Рентгеновское исследование для диагностики инородного тела желудочно-кишечного тракта и выбора метода лечения имеет