

терапия, через поврежденные ткани промежности установлен мочевого катетер, выполнено обильное промывание раны растворами антисептиков. Через 7 ч от момента травмы ребенок был переведен в НИИ НДХиТ для оказания специализированной хирургической помощи.

### Результаты лечения

Больной при поступлении выполнена первичная хирургическая обработка раны, проведены тщательная санация от песка и гравия значительным количеством 0,05%-ного водного раствора хлоргексидина, иссечение разможенной подкожно-жировой клетчатки.

Проводили ежедневные перевязки с мазью «Левомеколь» и специальными пленчатыми повязками для уменьшения потерь организмом жидкости, продолжалась интенсивная и антибактериальная терапия (цефтриаксон, амоксицилин, сульперазон, ванкомицин). Проведен курс ГБО на ИВЛ. На 4-е сутки от момента травмы проявилась зона демаркации нежизнеспособных тканей, в связи с чем были выполнены повторная хирургическая обработка раны и пластика раны пахово-промежностной области местными тканями с восстановлением преддверия влагалища. Ребенку проведены сеансы плазмаультрагеомофилтрации, продолжались ежедневные перевязки и сеансы ГБО. В результате состояние ребенка улучшилось, в локальном статусе отмечен переход раневого процесса во 2-ю фазу раневого процесса.

На 11-е сутки выполнена повторная хирургическая обработка раны гидрохирургической системой Versajet, частичная пластика местными тканями с восстановлением кожных покровов лобковой и паховых областей.

На 17-е сутки выполнены частичная пластика раны передней брюшной стенки (площадь раны уменьшена на 30–40%) и правого бедра (площадь

раны уменьшена на 20–30%) местными тканями методом острого растяжения. Послеоперационный период протекал гладко.

На 28-е сутки выполнена частичная пластика ран обоих бедер местными тканями методом дозированного растяжения. Площадь раневой поверхности уменьшена еще на 30–40%. Послеоперационный период протекал гладко.

На 35-е сутки выполнена пластика раны передней брюшной стенки расщепленными перфорированными кожными ауто трансплантатами, взятыми электродерматомом с левой голени. Послеоперационный период протекал гладко, приживление ауто трансплантатов было удовлетворительным.

На 50-е сутки выполнена окончательная пластика ран обоих бедер расщепленным кожным ауто трансплантатом, взятым электродерматомом с правой голени и левого бедра. Послеоперационный период протекал гладко, приживление ауто трансплантатов было удовлетворительным. Ребенок вертикализирован. Начата разработка коленных и тазобедренных суставов, ЛФК.

Пациентка была выписана на 62-е сутки после травмы в удовлетворительном состоянии.

Удалось полностью закрыть обширный (более 1500 см<sup>2</sup>) посттравматический дефект мягких тканей. Продемонстрирован отдаленный результат лечения через 2 года (полный объем движений, отсутствие воспалительных явлений и рубцовых контрактур).

Таким образом, комбинированное и многоэтапное применение различных видов пластического замещения посттравматических дефектов мягких тканей в комплексе с интенсивной терапией и ГБО позволили в ранние сроки полностью закрыть обширную рану передней и боковых стенок живота, промежности, обоих бедер на 70% местными тканями и методом аутодермопластики с удовлетворительным функциональным результатом.

## ДОКЛАД «ВЛИЯНИЕ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ НА РЕГИОНАРНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ»

Демидов А.А., Иванов Л.Б., Джерибальди О.А., Заботина Э.К.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Под нашим наблюдением с 1989 г. находились 578 детей обоего пола с миелодисплазией. Из них

71 в связи с недержанием мочи при напряжении имплантировали различные слинги.

На сегодняшний день нет универсального метода исследования, на основании данных которого можно было бы получить исчерпывающую информацию о вариантах и степени выраженности функциональных расстройств. При обследовании учитывали, в частности, состояние соматической иннервации наружного уретрального сфинктера в афферентном и эфферентном звеньях, синтопию и анатомо-функциональные взаимоотношения тазовых органов, а также рентгенологические признаки костных изменений люмбосакрального отдела позвоночника.

Уродинамические критерии функциональной недостаточности мышц тазового дна – низкое базовое внутриуретральное давление и отрицательная кашлевая профилометрическая проба. Выявленные полиморфные изменения при миелодисплазии требовали проведения многоэтапного и многокомпонентного лечения, направленного на восстановление адаптационной и резервуарной способности детрузора, рефлекторной его составляющей, улучшение кровообращения и купирование ишемии.

В результате проведенной медикаментозной терапии восстановлена фаза накопления, при этом показатели ЛДГ и СДГ соответствовали нижней границе возрастной нормы, что свидетельствовало

об удовлетворительной функции обеих энергопродуцирующих систем.

На втором этапе детям с сохраняющейся инконтиненцией стрессового характера имплантировали слинги с последующей оценкой регионарного кровообращения методами реоцистоцервикогрфии (РЦЦГ), реопельвиогрфии (РПеГ), лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в сопоставлении с данными уродинамических исследований у 30 из 76 оперированных детей в сроки от 1 до 2-х лет.

В результате достигнута континенция функционального состояния нижних мочевых путей с хорошей адаптацией. На реограммах выявлялись высокий уровень кровенаполнения и умеренное снижение сосудистого тонуса при нормативных показателях ЛДФ.

Таким образом, причина улучшения кровообращения после петлевых операций, несмотря на обструктивный компонент, прежде всего обусловлена рефлексогенным влиянием слингов на проксимальный отдел уретры, тазовое дно, уменьшением степени ишемии, изменением тканевых энергопотоков, улучшением тканевого метаболизма, активации С-волокон и, по системе обратной связи, нормализацией миогенной составляющей мочевого пузыря.