



10. Goyer A. Environmentally related diseases of the urinary tract. Med.Clinics of Nord America; 1990; 74; 2: 377-389
11. Игнатова М.С., Харина Е.А., Длин В.В. и др. Решенные и нерешенные проблемы эконефрологии детского возраста//Педиатрия. - 1997. - № 6. - С. 54-58.
12. С.С. Сарсенбаева// Клинико-патогенетические особенности хронического тубулоинтерстициального поражения почек у детей Приаралья//Дисс...докт.мед.наук, Алматы-2006
13. Экология и здоровье детей//Под ред. М.Я.Студеникина, А.А.Ефимовой. - Москва, Медицина. - 1998. - 384с
14. Курляндский Б.А. Особенности выявления причин экологически обусловленных заболеваний у детей// Гигиена и санитария.- 2001. -№5. - С.45-46.
15. Vasken H. Aposhian. Arsenic and mercury toxicology as related to children's health (Arizona, USA)// СЕНСА,Almaty, Kazakhstan. -2005. - P. 27
16. Triberg L. Cadmium// Environmental health criteria. -1992.- №134.- p.-211-264
17. Ware G.W. Reviews of eenvironmental contamination and toxicology// Environmental health criteria. - 1991. - V.I.-p.122
18. Спиягина А.Е., Балева Л.С, Сусков И.И., Пулатова М.К. и др. Повышенная чувствительность к малым дозам радиации как основа формирования хронических соматических заболеваний у детей//Рос. Пед. вестник перинатологии и педиатрии . - 2004. - №5.- С. 43-47
19. Боев В.М. Среда обитания и экологически обусловленный дисбаланс микроэлементов у населения урбанизированных и сельских территорий. Гигиена и санитария. -2002. -№5, С. 3-7.
20. Дельва Ю.В., Нейко Е.М.. Микроэлементозы как этиология заболеваний почек//Урология и нефрология. - 1990. - №1. - С.72-75
21. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А. и др. Микроэлементы человека//М.: Медицина, 1991. - 496 с.
22. З.Х. Мажитова.// Экологически зависимые болезни//г. Алматы, 2007- с.325.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕШЕНИЯ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Токпанов А.К.

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана

В настоящее время лечебная тактика у детей с экстрофией мочевого пузыря (ЭМП) рассматривается ведущими детскими урологами с единой позиции, которая заключается в выполнении первичной пластики мочевого пузыря местными тканями еще в период раннего неонатального возраста (не более 72 часов после рождения), при размере экстрофированного мочевого пузыря до 6 – 7 см в диаметре; вместе с тем при меньших размерах мочевого пузыря чаще производят увеличение объема мочевого пузыря с использованием кишечных сегментов (аугментация) и отведение мочи в искусственный мочевой резервуар, особенно после неэффективных реконструктивно-пластических операции на мочевом пузыре [1,2]. Центральной темой для дискуссии всегда была и остается проблема инконтиненции (неудержания мочи) в послеоперационном периоде, в этой связи разработки, направленные на решение указанной проблемы продолжают оставаться весьма актуальными [3,4].

В детской практике при ЭМП Mikhelson в 1925 году сделал первую пересадку мочевого пузыря треугольника с мочеточниками в сигмовидную кишку (уретеросигмостомия), данная методика была общепринятой вплоть до 60 годов прошлого столетия [8,9,10].

В 80-х годах прошлого столетия благодаря технологическим достижениям был осуществлен качественный скачок в решении проблемы лечения ЭМП у детей. Исследования физиологии кишечника, изучение метаболических процессов при использовании кишечника как части мочевыводящих путей, использование достижениями уродинамических аспектов удержания мочи способствовало разработке принципа континентной деривации мочи. При этом Реконструктивно-пластическая операция заключается в увеличении резервуара мочевого пузыря за счет кишечного сегмента при сохраненном мочеиспускании по уретре, однако основными осложнениями указанной метода хирургического лечения детей с ЭМП



являются несостоятельность кишечнопузырного анастомоза и кишечная непроходимость. Частота осложнений составляет более 30%. Больные перенесшие энтероцистопластику, имеют удовлетворительное накопление и удержание мочи (резервуарная функция), хорошее опорожнение мочевого пузыря (эвакуаторная функция), что обеспечивает им достаточно высокое качество жизни. Мы согласны с мнением U. Studer, что идеальный мочевой пузырь должен иметь низкое давление, быть вместительным, податливым к накоплению мочи, континентным [11,12,13] и с этих позиций очевидно, что показанием к проведению увеличительной энтероцистопластики у детей с ЭМП является резкое снижение емкости мочевого пузыря.

Для достижения континенции в 1980г. французский хирург P. Mitrofanoff разработал и внедрил аппендикovesикостомию. Она заключалась в использовании червеобразного отростка слепой кишки с сохраненной брыжейкой в качестве как катетеризационного канала между мочевым вновь созданным резервуаром и передней брюшной стенкой, где подтекание мочи из «стомы» предотвращается созданием удерживающего механизма [14]. В отдаленном периоде результаты операции оценивались на основании следующих критериев - способность удерживать мочу, воспалительные явления мочевых путей, проходимость кондуита для катетера и косметический результат. По результатам сторонников данного метода деривации мочи у всех оперированных пациентов аппендикостома хорошо проходима для катетера, не наблюдалось подтекание мочи. Дети, посещающие школы в течении дня оставались сухими, что значительно улучшило их адаптацию в коллективе, у большинства пациентов купировано имевшее место в дооперационном периоде воспаление мочевых путей. Очень важным представляется и то, что родителей и самих детей вполне удовлетворял не только функциональный, но и косметический результат операции [15,16,17]. Анализируя результаты выполненных оперативных вмешательств, следует отметить сравнительную простоту и малую травматичность операции. Аппендикс легко мобилизуется, имеет стабильное кровоснабжение от а. ileocolica, его стенка способна растягиваться и обладает достаточной прочностью, просвет любого червеобразного отростка проходим для катетера № 10 – 12Ch, обеспечивающего адекватное дренирование мочи.

В доступной литературе ближнего и дальнего зарубежья имеются единичные сообщения о полной кишечной пластике мочевого пузыря при ЭМП у детей [18,19]. Создание искусственного мочевого резервуара с использованием сегментов кишечника у детей в основном применяется при отсутствии резервуарно - эвакуаторной функции мочевого пузыря [20,21]. Вместе с тем при создании искусственного мочевого пузыря с использованием кишечных сегментов наиболее частым осложнением является несостоятельность кишечного анастомоза, кишечная непроходимость, образование камней в искусственном мочевом пузыре, отрицательной стороной практически всех вмешательств следует считать сложность и большую продолжительность операций, что обуславливает высокую степень их травматичности.

Результатом оперативной манипуляции является резервуар для мочи низкого давления и оптимальной емкости, что благоприятствует нормальному пассажу мочи из почек и способствует континенции. Одним из существенных недостатков этого метода является наличие у больного «сухой» стомы на коже. Высокий процент оперативных, инфекционных и метаболических осложнений у детей явились причиной ограничения широкого использования увеличительной операции с использованием кишечного сегмента и замещения мочевого пузыря кишкой [22]. Отсутствие совершенной классификации позволяет достаточно вольно интерпретировать функциональные результаты операций, что затрудняет объективную оценку различных вариантов континентного отведения мочи. Более того, отсутствуют работы, посвященные изучению качества жизни больных после операции в зависимости от социальных условий.

Таким образом, несмотря на широкое внедрение современных методов лечения ЭМП в клиническую практику, существуют ряд проблем, требующих своего решения. Для более успешного лечения детей с ЭМП имеет значение правильный выбор показаний и противопоказаний к различным видам операции. Эффективность оперативных вмешательств зависит от многих факторов, изложенных выше. Однако первичная пластика мочевого пузыря и энтероцистопластика, по данным литературы, является перспективным направлением в детской урологии, позволяющим достичь положительных результатов, что определяет необходимость их совер-



шенствования и более широкого применения в клинической практике.

Современные достижения в области реконструктивно-восстановительной хирургии у детей с ЭМП позволяют реализовать в клинической практике концепцию конверсии неконтинентных методов деривации мочи в континентные. По результатам многих исследователей континентное отведение мочи наиболее физиологично и обеспечивает наилучшие

качество жизни пациентам. С этих позиций в настоящее время методика Mitrofanoff является методом выбора для детей с ЭМП, когда после первичной пластики формируется мочевого пузыря достаточного резервуарного объема. Однако при отсутствии функциональной активности сфинктеров и истинном недержании мочи, показаны операции направленные на увеличение объема и или замещение мочевого пузыря кишечными сегментами [23].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аверин В.И. Отдаленные результаты везикосигмостомии у пациентов с экстрофией мочевого пузыря. Детская хирургия. Москва. 2005; 3: 16 – 19.
2. Осипов И.Б., Казачков С.А., Смирнова Л.П., Попова Е.Д. Выбор метода оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря. Урология и нефрология. Москва. 1996; 5: 21 – 23.
3. Epidemiology of bladder exstrophy and epispadias: a communication from the International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. Teratology. 1987 Oct; 36 (2): 221–227.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Альферов С.И. Урология и нефрология. Москва. 1994; 1: 46 – 48.
5. Аверин В.И., Лечение экстрофии мочевого пузыря у новорожденных Детская хирургия. Москва. 2004; 6: 13 – 15.
6. Шуваев А.В. Обоснование дифференцированной тактики оперативного лечения недержания мочи при эписпадии и экстрофии мочевого пузыря у детей. Автореф. дис...канд.мед. наук. М 1997.
7. Баиров Г.А., Ахмеджанов И., Осипов И.Б. Вестник хирургии. Москва. 1986; 6: 105 – 108.
8. Манагадзе Л.Г., Чиголидзе Т.Г., Родионов А., Гоцадзе Д.Т. методы надпузырного отведения мочи и цистопластики. Урология и нефрология. Москва. 1994; 3: 45 – 49.
9. Lattimer J. K., Smith M. J. Exstrophy closure: a followup on 70 cases. J Urol. 1966 Mar; 95 (3): 356–359.
10. Михельсон А.И. Оперативное лечение недержания мочи на почве врожденных аномалий мочевого системы. Минск: 1957; 8 - 114.
11. Осипов И.Б. Реконструктивно - пластические операции при экстрофии мочевого пузыря у детей: Автореф. дис...д-ра.мед. наук. СПб 1996.
12. Du-Preez N.I., Ferreira M.W. Nurs. RSA. 1994; Vol. 9. 5: 36 – 39.
13. Казачков С.А. Хирургическое лечение недержания мочи при экстрофии мочевого пузыря у детей: Автореф. дис...д-ра мед. Наук. М 1990.
14. Jeffs R. D. The inheritance of the exstrophy-epispadias complex. J Urol. 1984 Aug; 132 (2): 308–310.
15. Юдин Я.Б., Адаменко О.Б. Урология и нефрология. Москва. 1994; 6: 15 – 17.
16. Averin V.I. Advances in Clinical and Experimental Medicine. Abstracts. 2003; Vol. 12: 111.
17. Комяков Б.К. Реконструкция мочевого пузыря резервуаром из илеоцекального отдела кишечника. Урология и нефрология. Москва. 1996; 5: 16 – 19.
18. Аль – Шукри С.Х., комяков Б.К., Горелов С.И. Надпузырная деривация мочи при цистэктомии. Конференция «Рак мочевого пузыря». Материалы. Ростов–на–дону. 1998; 4 – 5.
19. Jaffe R., Schoenfeld A., Ovadia J. Sonographic findings in the prenatal diagnosis of bladder exstrophy. Am J Obstet Gynecol. 1990 Mar; 162(3): 675–678.
20. Братчиков О.И., Шумакова У.А., Бабенко В.В. Отведение мочи после цистэктомии. Конференция «Рак мочевого пузыря». Материалы. Ростов–на–дону. 1998; 12 – 13.
21. Barth R. A., Filly R. A., Sondheimer F. K. Prenatal sonographic findings in bladder exstrophy. J Ultrasound Med. 1990 Jun; 9 (6): 359–361.
22. Stein R., Stockle M., Fisch M. J. Urol. (Baltimore). 1994; Vol. 152. 11; 1413 – 1416.
23. Камышан И.С. Кишечная пластика мочевого пузыря. Урология и нефрология. Москва. 1998; 2: 24 – 26.