



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Токпанов А.К.

Национальный научный центр материнства и детства Минздрава РК, г Астана

Современная концепция восстановления полноценной жизни детей с экстрофией мочевого пузыря (ЭМП) заключается в ликвидации недержания мочи, профилактике инфицирования верхних мочевых путей (ВМП), восстановлении функционально-косметической анатомии наружных половых органов, а также социальной реабилитации [1]. Клиническая картина данной патологии является достаточно очевидной и диагностика не представляет трудностей, но методы хирургического лечения до настоящего времени не нашли своего разрешения и остаются крайне актуальными [2].

Вопрос о выборе оптимального метода отведения мочи при ЭМП у детей остается практически нерешенным. Об этом свидетельствует большое количество описанных в литературе методик деривации мочи при данной патологии. К настоящему времени разработано более 100 способов реконструктивно-пластических операций при ЭМП, однако все они не получили широкого распространения в клинической практике. В основном это было обусловлено сложностью, высокой травматичностью операции и приводило к развитию тяжелых послеоперационных осложнений и даже летальности. Поэтому до сих пор при лечении рассматриваемого контингента детей всегда стоит вопрос о выборе наиболее приемлемого метода хирургической коррекции. Вместе с тем при ЭМП не выработаны четкие дифференцированные показания к первичной пластике мочевого пузыря местными тканями, постоянному отведению мочи в кишечник, увеличению объема мочевого пузыря (аугментация – кишечнопузырная пластика) и или формированию искусственного мочевого резервуара. Вместе с тем ни один из перечисленных методов не имеет абсолютного большинства сторонников из-за травматичности вмешательства и частых осложнений [3]. Из множества предложенных оперативных методов в настоящее время практическое применение нашли пластика мочевого пузыря местными тканями, уретерокутанеостомия, уретеросигмоанастомоз и отведение мочи в изолированный мочевой резервуар [3].

В практике детской урологии до 70-х годов, одним из распространенным методом лечения ЭМП была операция – везикосигмостомия предложенная Михельсоном в 1925г. Однако по данным ряда авторов при пересадке изолированных мочеточников или мочепузырного треугольника в сигмовидную кишку, у многих больных в послеоперационном периоде, помимо осложнений верхних мочевых путей, наблюдалось недержание кала и мочи. В данном случае создается единая клоака, в дальнейшем у этих детей вследствие расслоения сфинктера прямой кишки возникало недержание

кала, частота неудовлетворительных результатов составляла более 60% [4].

Впервые **Trendelenburg** осуществил реконструктивно-пластическую операцию местными тканями при ЭМП в начале двадцатого столетия, предложив сшивать иссеченные и свободные от рубцов края детрузора после предварительной остеотомии крестцовоподвздошных сочленений и остеосинтеза лонного сочленения. Однако, в тот период данная методика не получила широкого распространения ввиду высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности [5]. В случае «удачного» исхода подавляющее большинство оперированных страдали недержанием мочи. Естественно, пластика местными тканями признания у хирургов не получила. Операцию дополнил **H. Young** путем формирования сфинктера. Со временем, анализ ближайших и отдаленных результатов операций показал, что количество неудачных исходов остается достаточно большим [6]. Отсутствие функционального эффекта исследователи констатировали от 40-90%. Во всех случаях причину неудовлетворительных результатов одни констатировали в неправильно подобранном составе пациентов, основываясь на возрасте детей, другие видели причину в малых размерах расщепленного мочевого пузыря, третьи во главу ставили морфофункциональное состояние стенки порочного органа [7]. Разнообразные местнопластические оперативные вмешательства, помимо косметического эффекта, во многих случаях позволяли добиться нормальной емкости мочевого пузыря, при этом у части оперированных детей отмечается явления неудержания и подтекания мочи. Функциональные исследования мочевого пузыря после пластики местными тканями в 50% случаев выявили его нейрогенную дисфункцию по гипо- и арефлекторному типу [8].

Неудовлетворительные результаты, полное или частичное недержание мочи после реконструктивно-пластических операции диктовали необходимость изобретать всевозможные устройства и приспособления, способствующие удержанию. Показания к применению таких приборов и искусственных сфинктеров ограничены, поскольку уродинамические нарушения, сопровождающиеся повышением внутрипузырного давления при малом объеме мочевого пузыря всегда являются причиной инконтиненции и развития обструкции верхних мочевыводящих путей [9, 10]. Реконструктивно-пластические операции местными тканями неэффективны при малых размерах (до 5-7 см в диаметре) экстрофированного мочевого пузыря [11], поэтому во второй половине столетия были разработаны в эксперименте и внедрены в клиническую практику операций, направленных на увеличение емкости пузыря за счет изолированного сегмента кишки на сосудистой



ножке [12]. По мнению авторов подобные операции позволяют создать мочевой пузырь достаточной емкости с низким давлением [13]. Использование подвижной, изоперистальтически детубулированной петли кишечника облегчает формирование энтероцистоанастомоза на всем протяжении. Тогда же, была отмечена нормализация внутрипузырного давления, кроме того, кишечный трансплантат является не только объемнымместилищем для мочи, но и деятельной составной частью вновь созданного резервуара. Функциональная оценка данной методики на современном уровне показала отличные и хорошие результаты в 75-80%. Показанием к проведению указанной энтероцистопластики у детей являлось резкое снижение емкости мочевого резервуара.

Более редкие способы суправезикальной деривации мочи у детей с ЭМП обусловлены, как особенностями течения основной патологии, так и возникающими осложнениями, в частности выраженным двухсторонним гидроуретеронефрозом и прогрессирующей хронической почечной недостаточностью. При создании искусственного мочевого пузыря, наиболее частым осложнением являлись: несостоятельность кишечного анастомоза, кишечная непроходимость, перитонит, спаечная кишечная непроходимость, образование мочевого камня в искусственном мочевом пузыре. Результатом оперативной манипуляции является резервуар для мочи низкого давления и оптимальной емкости, что бла-

гоприятствует нормальному пассажу мочи из почек и способствует континенции. Преимущества операции неоспоримы. Во-первых, искусственный мочевой резервуар нормализует функциональное состояние верхних мочевых путей, во-вторых, предупреждает прогрессирование хронической почечной недостаточности, в-третьих, восстановление мочеиспускания является важным фактором, обеспечивающим медицинскую, социальную и психологическую реабилитацию больных [14, 15, 16]. Однако одним из существенных недостатков этого метода является наличие у больного «сухой» стомы на коже.

Таким образом, исследование литературных источников свидетельствует о недостаточной изученности целого ряда вопросов, связанных с выбором оперативной тактики в лечении детей с ЭМП. Дискутабельным остается выбор срока пластики мочевого пузыря местными тканями, не разработаны показания к операции, направленной на увеличение объема мочевого резервуара, нет четких алгоритмов к формированию искусственного мочевого пузыря у детей при ЭМП. Отсутствуют сравнительные данные возникновения постоперационных осложнений при различных видах операции. Несмотря на значительные успехи достигнутые за последние годы в области оперативного лечения ЭМП, последняя остается актуальной проблемой практической урологии. Все это побуждает к углубленному изучению проблемы хирургического лечения ЭМП у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аверин В. И. Лечение экстрофии мочевого пузыря у новорожденных. Детская хирургия. Москва. 2004; 6: 13-16.
2. Аверин В.И., Соколовский А.М., Гассиев Н.И., Соколовский О.А. Детская хирургия. Москва. 2001; 3: 12-14.
3. Баиров Г.А., Осипов И.Б., ахмеджанов И., Баблюян А.С. Советская педиатрия. Москва. 1988; 6: 126-139.
4. Surer I., Schwobel L.A., et al. J.Urol. (Baltimore). 2000; № 5. Vol. 164. 1040-1042.
5. Осипов И.Б. Хирургия. Москва. 1995; 4: 25-27.
6. Pediatric Surgery. Eds K.J. Welch et al. - Chicago; London, 1986. Vol. 2. 277-280.
7. Комяков Б.К. Реконструкция мочевого пузыря резервуаром из илеоцекального отдела кишечника. Урология и нефрология. 1996; 5: 16-19.
8. Осипов И.Б. Реконструктивно-пластические операции при экстрофии мочевого пузыря: Автореферат. дис...д-ра.мед.наук. Санкт-Петербург., 1996.
9. Dodson J. L. et al. J.Urol. (Baltimore). 2001; № 5. Vol. 165. 1656-1659;
10. Юдин Я.Б., адаменко О.Б. Урология и нефрология. Москва. 1994; 6: 15-17.
11. Pannek J., Senge T. Int. 1998; 60 (2): 1-10.
12. Ситдыков Э.Н. Формирование искусственного кишечного мочевого пузыря. Урология и нефрология. Москва. 1993; 2: 31-34.
13. Ситдыков Э.Н., Ситдыкова М.Э. Вторичный хронический пиелонефрит и цистэктомия. Казань, 1985.
14. Гоцадзе Д.Т. Отдаленные результаты континентного отведения мочи на кожу вдетубуляризованный тонкокишечный резервуар. Урология. Москва. 2003; 4: 19-22.
15. Николаев В.В., Браев А.Т., Шаматрин С.В. Аппендикозистостомия для управляемого отведения мочи у детей. Урология. Москва. 2000; 1: 24-26.
16. Mitrofanov P. Chir. Pediat. 1980; Vol. 21; 297 – 305;