

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет

В Детском хирургическом центре по методике Митрофанова в нашей модификации оперировано 10 детей с 4 до 17 лет. С экстропией мочевого пузыря – 3 девочки и 1 мальчик, 1 мальчик с тотальной эписпадией, 1 мальчик и 4 девочки с нейрогенным мочевым пузырем. Отдаленные результаты изучены у всех детей в сроки до 7 лет. После операции дети легко обучены катетеризации мочевого пузыря. Операция Митрофанова обладает рядом преимуществ перед другими видами вмешательств. Она технически проста, а червеобразный отросток обеспечивает надежную управляемую цистостому, что позволяет излечить детей от недержания мочи и социально реабилитировать их.

Такие пороки развития, как экстропия мочевого пузыря (ЭМП), сочетающаяся с аноректальными пороками, нейрогенный мочевой пузырь, тотальная эписпадия часто сопровождаются недержанием мочи, что является сложной не только медицинской, но и социальной проблемой. Энурез причиняет большие страдания, как самим детям, так и их родителям. Расстройства уродинамики верхних и нижних мочевых путей приводят к развитию хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности. Кроме того, эти дети подвергаются насмешкам сверстников, они непереносимы в коллективе, что приводит к развитию у них «комплекса неполноценности», а иногда даже является причиной самоубийства (2, 3, 4).

Если клиническая картина и диагностика данной патологии не представляют трудностей и являются очевидными сразу после рождения, то вопросы лечения не нашли своего разрешения до настоящего времени и остаются крайне актуальными (2, 5). Это вынуждает хирургов искать различные

способы вмешательств направленные на удержание мочи. Одна из таких операций была предложена в 1980 г. (Р. Mitrofanoff). Он сообщил о результатах применения у 16 детей перевернутого червеобразного отростка (ЧО) для управляемого отведения мочи, назвав эту операцию, удерживающая транспепердикулярная цистостомия (7).

Материал и методы

В Детском хирургическом центре (ДХЦ) по

методике Митрофанова в нашей модификации оперировано 10 детей с 4 до 17 лет. С ЭМП – 3 девочки и 1 мальчик, с тотальной эписпадией – 1 мальчик, и с нейрогенным мочевым пузырем – 4 девочки и 1 мальчик.

Техника операции. Операцию начинали с нижней срединной лапаротомии и ревизии илеоцекального угла и ЧО. После чего мобилизовывали мочевой пузырь (МП) до шейки, вскрывали его просвет и катетеризировали мочеточники. Шейку МП ушивали у девочек со стороны промежности, у мальчиков изнутри МП. Ушитую шейку проверяли на герметичность. После этого выполняли аппендэктомию с сохранением брыжейки отростка. Слепую кишку ушивали 2-рядными узловыми швами. Серозные спайки, которые удерживали и искривляли его, аккуратно рассекали, сохраняя сосуды ЧО (рис. 1). Верхушку отростка отсекали, просвет промывали раствором фурациллина и проходили через него зондом. После чего в МП формировали антирефлюксный подслизистый тоннель длиной 3-4 см на натянутом детрузоре. Через него в МП заводили ЧО и верхушку фиксировали узловыми швами к слизистой оболочке (рис. 2). Основание отростка у мальчиков, сохраняя прямолинейность, выводили внебрюшинно по средней линии в пупок (у детей с ЭМП с формированием последнего), а у девочек – забрюшинно справа над лоном, т. к. родоразрешение у них будет выполняться путем кесарева се-

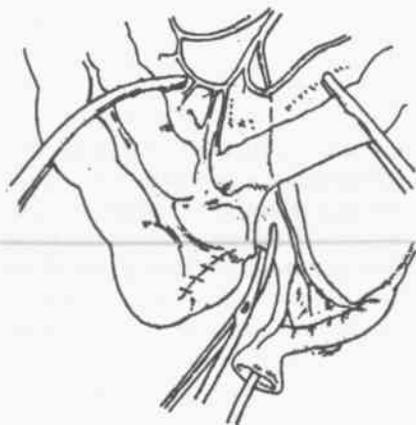


Рис. 1. Мобилизация ЧО

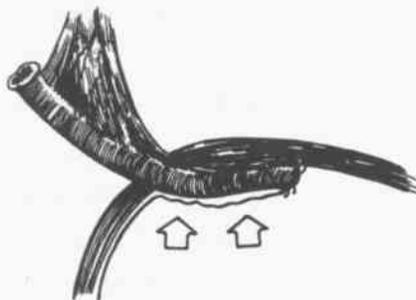


Рис. 2. Проведение и фиксация ЧО к слизистой мочевого пузыря



Рис. 3. V образный кожный лоскут пришивается к ЧО

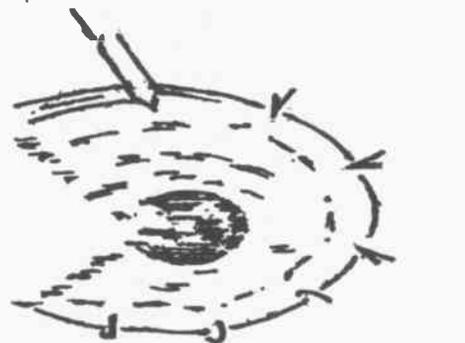


Рис. 4. ЧО подшит к коже

чения (1).

Через ЧО в МП вводили катетер Фолея № 10, который удаляли на 15-20 сутки после операции, что обеспечивало хорошее заживление МП, сохраняло прямолинейное направление ЧО и облегчало впоследствии зондирование МП. Паравезикальную клетчатку дренировали с активной аспирацией на 2-3 суток.

Результаты и обсуждение

Дети с нейрогенным мочевым пузырем и тотальной эписпадией до этого были неоднократно оперированы по поводу недержания мочи. Операции были направлены на укрепление шейки МП различными методиками, но, к сожалению, без успеха.

Послеоперационный период протекал без осложнений у 8 больных. У одного ребенка при попытке зондирования МП через аппендикостому металлическим катетером (в другом лечебном учреждении) произошла перфорация ЧО на уровне вхождения его в МП. Он был оперирован повторно (ушито перфоративное отверстие) с благоприятным результатом. И еще у одного мальчика с нейрогенным мочевым пузырем наступила реканализация ушитой изнутри уретры с подтеканием мочи при наполнении МП. Он был оперирован повторно с полным отсечением и отдельным ушиванием уретры и МП. После этого хорошо стал удерживать мочу в течение 4 часов.

Отдаленные результаты изучены у всех детей в сроки до 7 лет. После операции эти дети легко обучены катетеризации МП и выполняют ее сами через 4 – 5 часов. Для очищающей катетеризации МП использовали катетеры Nelaton № 10. Если дети ощущали позыв к мочеиспусканию до фиксированного времени, то катетеризацию выполняли по необходимости.

Осложнений, связанных со стенозированием кожного отверстия аппендикса и подтекания мочи через стому, мы не встречали. Хотя эти осложнения встречаются с частотой от 2 до 15% (6, 8). Что бы избежать этого осложнения при наложении анастомоза между основанием червеобразного отростка и брюшной стенкой выкраивали кожный V – образный лоскут размером 1x1 см с сохранением кровообращения в этой зоне. Отверстие должно быть достаточным для прохождения кончика мизинца. По противобрыжечному краю отросток рассекали соответственно V-образному лоскуту на коже и ткани сшивали узловыми рассасывающимися нитями 4-0 (рис 3, 4).

Такая техника выполнения анастомоза является достаточно эффективной и исключает в последующем стенозирование выходного отверстия ЧО.

Реконструктивно-пластические операции с аппендикостомой обязательно нужно сочетать с антирефлюксной защитой мочеточников по Cohen, так как ЭМП сопровождается врожденной недостаточностью замыкательной активности пузырно-мочеточниковых соустьев, что, в свою очередь, всегда ведет к пузырно-мочеточниковому

рефлюксу.

Приводим наблюдение.

Больная Л. родилась 5.04.1996 от 2-й беременности, 2-х родов с массой тела 3700 г (1-й ребенок – мальчик 1988 г. рождения – здоров).

Сразу после рождения был поставлен диагноз: множественные врожденные пороки развития. ЭМП. Атрезия анального отверстия с эктопией анального канала в преддверие влагалища. Порок развития крестцовых позвонков.

Последовательно ребенку были выполнены следующие операции: 24.11.97. – концевая сигмостомия, 18.12.97. – сакропромежностная проктопластика, 17.04.98 – двусторонняя надвертлужная остеотомия, пластика лонного сочленения и первичная пластика МП собственными тканями, 11.05.99. – удаление металлоконструкций, 24.05.99. – сигмо-сигмоанастомоз «конец в конец». Но так как у девочки было недержание мочи и малый объем МП – 6.04.00. была выполнена цистопластика сегментом подвздошной кишки. Аппендикостомия. Пластика пупка.

При очередном осмотре в ДХЦ у больной были выявлены камни МП, и 6.11.02. была выполнена цистолитотомия.

При обследовании 25.05.06. объем МП – 450 мл. Катетеризирует МП самостоятельно через 4 – 5 часов (рис. 5).

Выводы

1. Операция Митрофанова обладает рядом преимуществ перед другими видами вмешательств. Она технически проста, а ЧО обеспечивает надежную управляемую цистостому, что позволяет избавить детей от недержания мочи и социально реабилитировать их.

2. Прерывистая катетеризация МП и операции, основанные на принципе Митрофанова, являются обычными вмешательствами при недержании мочи.

Литература

1. Аверин В.И. // Белорусский медицинский журнал. - 2005.-№ 1.-С.15-16.
2. Аверин В. И. // Рецепт.-2005.-№ 2.-(прилож.).-С.14-16.
3. Баиров Г.А. // Вестн. хирургии.-1966.-№ 12.-С.85-88.
4. Духанов А.Я. // Вестн. хирургии.-1960.-№ 10.-С.126-130.
5. Осипов И.Б., Смирнова Л.П. Нейрогенный мочевой пузырь у детей. - СПб: «Питер», 2001. 96 с.
6. Harris C.F., Cooper C.S., Hutcheson J.C., Snyder H.M. // J. Urol.-2000.-V.163.-№ 6.-P1922-1926.
7. Mitrofanoff P. // Chir. Pediatr.-1980.-V. 21.-№ 4.-P.297-305.
8. Suzer O., Vates T.S., Freedman A.L. et al. // Br. J. Urol.-1997.-V.72.-№ 2.-P.279-282.



Рис. 5. Больная Л. через 6 лет после цистопластики