

---

В.И Аверин<sup>1</sup>, Г.В. Дружинин<sup>1</sup>, Э.М Колесников<sup>1</sup>, О.В. Кандратьева<sup>2</sup>  
1 – г. Минск, УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
2 – г. Минск, РНПЦ детской хирургии

## КИШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

**Актуальность.** Недержание мочи является сложной не только медицинской, но и социальной проблемой. Такие пороки развития, как экстрофия клоаки (ЭК), экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) сочетающаяся с аноректальными пороками, нейрогенный мочевой пузырь, тотальная эписпадия часто сопровождаются недержанием мочи. Запах мочи и мокрая одежда, особенно когда не было памперсов, не позволяют вести больным нормальный образ жизни. 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.

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения и социальной адаптации детей с недержанием мочи. Изучить возможности операции Митрофанова и Монти с аугментацией (увеличением) мочевого пузыря при энурезе.

**Материалы и методы.** В РНПЦ детской хирургии по методике Митрофанова и Монти с аугментацией мочевого пузыря (МП) подвздошной кишкой оперировано 48 (100%) пациентов. Из них: 29 (60,5%) с нейрогенным МП, 15 (31,25%) с ЭМП, 3 (6,25%) с ЭК, один (2%) с тотальной эписпадией. Катетеризационные аппендикоцистостомы наложены были у 21 (44%) ребёнка, у 6 (12,5%) – илеоцистостомы и 19 (39,5%) выпускали мочу проводя катетер по уретре. Время наблюдения до 20 лет.

**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.

В послеоперационном периоде у 13 (27%) пациентов развилось 12 осложнений. У 3 (6%) детей метаболический ацидоз, у 2 (4%) лигатурный камень МП, выявленные через 1 и 3 года после кишечной пластики, у 2 (4%) развился стеноз кожного отверстия аппендицистостомы, у одного (2%) – стеноз аппендикса в месте анастомоза с МП, у 2 (4%) произошла перфорация стенки резервуара мягким катетером, у одного (2%) перфорация стенки аппендикса металлическим катетером (в другом лечебном учреждении) и ещё у одного (2%) через 3 года развилась острая спаечная кишечная непроходимость (СКН). У 2 (4%) пациентов с ЭМП развилась реканализация, ушитой вовремя кишечной пластики МП, уретры, потребовавшая повторного вмешательства. После этого дети стали хорошо удерживать мочу в течение 4 часов.

Отдаленные результаты изучены у всех детей в сроки до 20 лет. После операции эти дети легко обучены катетеризации МП и выполняют ее сами (в среднем через 4 часа). Для очищающей катетеризации МП использовали катетеры Nelaton № 10 (с возрастом № 12). Если дети ощущали позыв к мочеиспусканию до фиксированного времени, то катетеризацию выполняли по необходимости.

По данным литературы осложнения, связанные со стенозированием кожного отверстия аппендикса и подтеканием мочи через стому встречаются с частотой от 2 до 15%. Для того, чтобы избежать этого осложнения при наложении анастомоза между основанием червеобразного отростка (ЧО) и брюшной стенкой мы выкраивали кожный V – образный лоскут размером 1x1 см с сохранением кровообращения в этой зоне. Отверстие должно быть достаточным для прохождения кончика мизинца. По противобрыжеечному краю отросток рассекали соответственно V-образному лоскуту на коже и ткани сшивали узловыми рассасывающимися нитями 4-0. Такая техника выполнения анастомоза является простой и достаточно эффективной, что исключает в последующем стенозирование выходного отверстия ЧО.

#### **Выводы.**

1. Энтероцистопластика, прерывистая катетеризация МП, операции Митрофанова и Монти являются обычными вмешательствами при неуспешной пластике МП собственными тканями.

2. Операция Митрофанова и Монти обладает рядом преимуществ перед другими видами вмешательств. Она технически проста, а червеобразный отросток обеспечивает надежную управляемую цистостому.

3. Все это позволяет добиться хороших результатов в лечении этой тяжелой категории больных, прервать патологический депрессивный процесс, улучшить настроение пациентов, повысить внимание к личной гигиене и социально реабилитировать этих детей.

---