

Конверсия у пациентов с экстрофией мочевого пузыря

С.П. Даренков, Л.В. Адамян, А.А. Адамян, В.К. Дзитиев, Л.А. Зусьман

ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
РГМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Резюме

В ФГУ НИИ урологии Росздрава и ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН с 2002 по 2009 г. 27 женщинам в возрасте от 17 до 31 года с экстрофией мочевого пузыря (состоянием после уретеросигмостомии) выполнено гетеротопическое отведение мочи с формированием накожного мочеудерживающего катетеризационного механизма.

Показанием для проведения оперативных вмешательств послужило наличие прогрессирующего снижения функции почек на фоне почечного рефлюкса, а также тотальное недержание мочи при несостоятельности мышц тазового дна и сфинктерного аппарата прямой кишки.

Формированием накожного мочеудерживающего катетеризационного механизма выполнили по следующим методикам: 23 пациенткам (85%) выполнена гетеротопическая пластика из илеоцекального угла по Mainz pouch I, 4 больным (14,8 %) — гетеротопическая W-образная илеоцистопластика по Abol-Enein.

В 16 случаях (59%) пациенткам имплантация обоих мочеточников была выполнена по методике Wallace. В 7 (26%) случаях имплантацию мочеточников проводили с применением принципов антирефлюксной защиты, используя методику создания поперечной дубликатуры. 4 (14,8%) больным в случае тонкокишечной деривации выполнялась экстрамуральная имплантация мочеточников по Abol-Enein.

Полученные результаты свидетельствуют, что конверсия уретеросигмостомии в гетеротопическую форму отведения мочи с одномоментным выполнением генитальных реконструктивных вмешательств позволяет снизить частоту потенциальных осложнений, улучшить результаты оперативного лечения и вывести больных на качественно новый уровень медико-социальной реабилитации. Гетеротопическая кишечная континентная деривация мочи может являться операцией выбора у пациенток с аномалиями развития мочеполовой системы, которым противопоказаны ортотопические формы отведения мочи.

Ключевые слова: экстрофия, гетеротопическое отведение мочи.

Conversion in patients with the extrophy of the urinary bladder

S.P. Darenkov, L.V. Adamyan, A.A. Adamyan, V.K. Dzitiev, L.A. Zusman

Pirogov's Russian State Medical University, Moscow
«Clinical hospital» of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

Summary

Results of treating 27 women with the extrophy of the bladder by the heterotopical removing of urine with the formation of the supracutaneous urinaholding mechanism.

Key words: extrophy of the bladder, heterotopical removing of urine.

Координаты для связи с автором: 107143, г. Москва, ул. Лосиноостровская, 45

Введение

Экстрофия мочевого пузыря считается наиболее тяжелым пороком развития мочевой системы. Частота составляет не более 1 к 100000–120000 новорожденных. Эта аномалия нередко сочетается с пороками развития верхних мочевых путей и половых органов. Более половины больных, не достигая 20 лет, погибают вследствие почечной недостаточности или гнойно-воспалительных процессов в почке [1]. Впервые оперативная коррекция недержания мочи у больного с экстрофией мочевого пузыря была осуществлена в 1851 году, когда Simon выполнил уретеросигмостомию [2]. В дальнейшем отведение мочи в сигмовидную кишку приобрело широкое распространение, появилось множество модификаций, однако с накоплением опыта были выявлены серьезные недостатки данного метода. Рецидивирующее течение пиелонефрита, прогрессирование хронической почечной недостаточности [3], метаболические нарушения [4], выявление в отдаленном периоде злокачественных опухолей толстого кишечника [5] послужили причиной поиска более приемлемых вариантов деривации мочи.

Материалы и методы

В ФГУ НИИ урологии Росздрава, ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН с 2002 по 2009 г. 27 женщинам в возрасте от 17 до 31 года, (средний возраст 20,6 лет), выполнено гетеротопическое отведение мочи с формированием накожного мочеудерживающего катетеризационного механизма.

У всех пациенток при рождении выявлена аномалия развития — экстрофия мочевого пузыря с расщеплением лонного сочленения, деформацией наружных половых органов и передней брюшной стенки. В детском возрасте 26 (96%) пациенткам были наложены уретеросигмостомии без формирования резервуара низкого давления. Одной больной (3,7%) был сформирован недетубуляризованный ректальный резервуар, имплантированный в прямую кишку в области сфинктера (по Descamps) [6].

Анамнез пациенток данной группы был отягощен несколькими оперативными вмешательствами, связанными с наличием сочетанных аномалий развития (пластика наружных половых органов и передней брюшной стенки).

У всех больных в предоперационном периоде выявлен пиелонефрит, а также хроническая почечная недостаточность в латентной или компенсированной стадиях. Стриктуры мочеточников диагностированы у 2 (7,4%) пациенток, мочекаменная болезнь — у 1 (3,7%) больной.

Показанием к деривации мочи являлось наличие прогрессирующего снижения функции почек на фоне почечного рефлюкса, а также тотальное недержание мочи при несостоятельности мышц тазового дна и сфинктерного аппарата прямой кишки. Состояние больных отягощалось расщеплением лонного сочленения, опущением матки и стенок влагалища, деформацией наружных половых органов, что приводило к физическим страданиям и обуслав-

ливалось низкое качество жизни.

Каждую пациентку подробно информировали о методе лечения, наиболее подходящем в данном конкретном случае, возможных осложнениях, обсуждали изменение образа жизни, необходимость пожизненного наблюдения.

Всем пациенткам выполнена гетеротопическая кишечная деривация мочи с формированием континентной наочной катетеризируемой стомы: 23 (85%) — по Mainz pouch I, 4 больным (14,8 %) — W-образная в модификации Abol-Enein.

С целью использования меньшей длины тонкого кишечника и, соответственно, уменьшения риска возможных метаболических расстройств, а также для предупреждения развития стриктуры уретероинтестинального анастомоза нами несколько модифицирована классическая операция по Mainz pouch I. Для создания резервуара использовался илеоцекальный угол с одной петлей подвздошной кишки вместо двух (резервуар имеет форму латинской буквы U), к недетубуляризованному оральному краю подвздошной кишки длиной 5–10 см. анастомозировали мочеточники по Wallace.

Гинекологической бригадой проводилась гистеропексия, кольпо- и леваторопластика, а так же укрепление лобкового симфиза полипроленовой сеткой.

Оперативное вмешательство выполняли одноэтапно, достоинства которого, на наш взгляд, заключаются в избавлении больных от необходимости релапаротомии, избежании повторного анестезиологического риска, сокращении общего времени оперативного вмешательства, а также снижении риска развития рубцовых изменений мочеточника [7].

Имплантиция обоих мочеточников 16-м (59%) пациенткам была выполнена по методике Wallace. В 7 (26%) случаях имплантацию мочеточников проводили с применением принципов антирефлюксной защиты, используя методику создания поперечной дубликатуры. 4 (14,8%) больным в случае тонкокишечной деривации выполнялась экстрамуральная имплантация мочеточников по Abol-Enein.

Продолжительность оперативных вмешательств составляла от 4 ч. 30 мин. до 8 ч. 20 мин., средняя — 6 ч. 25 мин.; кровопотеря — от 100 мл до 600 мл, в среднем — 320 ± 55 мл.

Контрольное обследование выполняли через 3, 6 и 12 месяцев после операции в первый год, в дальнейшем 1–2 раза в год. Перед выпиской из стационара пациентки информировались о необходимости точного и тщательного выполнения врачебных рекомендаций, прохождения контрольного обследования в указанные сроки. Всем рекомендовалось регулярное промывание резервуара 1–2 раза в неделю во избежание скопления слизи, указывалось на необходимость максимально полного опорожнения резервуара, для предупреждения накопления остаточной мочи, приема жидкости не менее 1,5 л в сутки и периодического приема уроантисептиков курсами по 10 дней в течение месяца.

Результаты

В раннем послеоперационном периоде у одной больной (3,7%) обострение пиелонефрита с расширением ЧЛС слева потребовало выполнения чрезкожной пункционной нефростомии.

В позднем послеоперационном периоде выявлены 2 осложнения:

— образование плотного слизистого сгустка в резервуаре обнаружено у одной больной (3,7%) на 6-м месяце после

операции. Его разрушение было достигнуто при выполнении диагностической фиброрезервуароскопии;

— наличие клинически незначимого (отсутствие прогрессирующего ухудшения функции почек, атак пиелонефрита) резервуаро-мочеточникового рефлюкса подтверждено у 2 больных (7,4%) через 12 месяцев после операции.

При контрольном обследовании через 6–12 месяцев после операции объем резервуара у больных составлял в среднем 620 мл, а максимальное пиковое давление внутрирезервуарное давление не превышало 30 см водного столба.

В различные сроки послеоперационного периода не выявлено ухудшения функциональных показателей почек ни у одной из пациенток, а у 25 (92,5%) прослеживалась прямая корреляция между прогрессирующим снижением функции почек в предоперационном периоде и стабилизацией секреторно-эвакуаторной функции после операции. Полное удержание мочи достигнуто в 92,5% случаях.

Еще одним показателем повышения качества жизни больных явилась констатация в настоящее время возможности ведения полноценной половой жизни у 12 пациенток.

Качественно новым уровнем медико-социальной реабилитации женщин детородного возраста с аномалиями развития мочеполовой системы явилась способность выполнения репродуктивной функции. Так, в 2005 г. пациентка С., 33 лет, через 2 года после выполненного оперативного вмешательства, взята на учет по поводу нормально протекающей беременности. В дальнейшем было проведено успешное оперативное родоразрешение в сроке 31–32 недели беременности.

Обсуждение

Анализ результатов исследования показал, что проведение адекватной предоперационной подготовки (коррекция соматического статуса, санация хронических очагов инфекции и качественная очистка кишечника), современное анестезиологическое и реанимационное обеспечение (использование продленной эпидуральной анестезии), соблюдение правил оперативной техники, послеоперационное ведение больных с применением адекватной антибактериальной терапии, своевременное удаление интубирующих дренажей, соблюдение режима катетеризации являются необходимыми условиями снижения частоты осложнений при гетеротопической форме деривации мочи.

Создаваемые кишечные резервуары в отдаленном послеоперационном периоде обладают достаточной емкостью, хорошей накопительной способностью, растяжимостью, низким базальным и максимальным внутрипросветным давлением, что важно для предотвращения потенциального снижения секреторной функции почек при наличии рефлюкса. Соблюдением правил формирования мочевыводящих континентных стом (длины экстрамурального тоннеля не менее 4–5 см, калибровкой аппендикса, фиксированием резервуара к передней брюшной стенке) достигается надежное удержание мочи.

Заключение

Таким образом, конверсия уретеросигмостомии в гетеротопическую форму отведения мочи с одномоментным выполнением генитальных реконструктивных вмешательств позволяет снизить частоту потенциальных осложнений, улучшить результаты оперативного лечения и вывести больных на качественно новый уровень медико-социальной реабилитации. Выполнение гетеротопической континентной деривации мочи является операцией

выбора у пациенток с аномалиями развития мочеполовой системы, которым противопоказаны ортотопические формы отведения мочи.

Литература

1. Д.В. Кан «Руководство по акушерской и гинекологической урологии». Москва. 1986.
2. Simon J. Ectopia vesicae (absence of the anterior walls of bladder and pubic abdominal parietes); operation for directing the orifices of ureters into the rectum: temporary success: subsequent death: autopsy. // Lancet. — 1852. — V.2. — № 2. — p. 568–578.
3. Goodwin W.E., Harris A.P., Kaufman J.J. et al. Open transcolonic ureterointestinal anastomosis // Surg. Gynec & Obstet. — 1953. — V.97. — № 3. — p.295–300.

4. Ringert R.H., Kropfl D. Behandlung der Blasenektrophia. Rekonstruktion oder Harnableitung // Urologe. — 1992. — V.31. — № 6. — p.342–346.

5. Stockle M., Becht E., Voges G. et al. Ureterosigmoidostomy: an outdated approach to bladder extrophy? // J.Urol. — 1990. V.143. — № 4. — p. 770–774.

6. Descomps P: Abouchement ureteral dans le rectum exclu. Ureterocolostomie haute terminale apres sigmoïdo-rectostomie basse termino-laterale. Archive General de Chirurgie 4 : 892-909, 1909.

7. Goodwin W.E. // Bladder Reconstruction and Continent Urinary Diversion // Eds L.R. King, A.R. Stone, G.D. Webster — 2nd Ed. — St. Louis, 1991. — P. 1–24.

Оптимизация выбора метода лечения нефролитиаза у больных с единственной почкой

О.В. Теодорович, Н.Б. Забродина, А.В. Латышев, М.А. Магомедов, А.В. Федоров
ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Резюме

Введение: Среди больных мочекаменной болезнью, наиболее тяжелую группу составляют лица с единственной почкой, чаще всего оставшейся после контрлатеральной нефрэктомии. С внедрением в медицинскую практику таких методов лечения, как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) и чрескожная пункционная нефролитотрипсия (ЧПНЛ), заметно возросли возможности для более эффективного лечения столь сложной категории больных.

Пациенты и методы: 49 больных с нефролитиазом единственной почки в возрасте от 26 до 76 лет, что составило в среднем 51 год. Больные были разделены на 3 группы. Первой группе (27 человек) выполнена ДУВЛ, второй группе (14 человек) выполнена ЧПНЛ в сочетании с ДУВЛ, третью группу составили 8 пациентов, которые перенесли ЧПНЛ в виде монотерапии.

Результаты: Положительные результаты при применении ДУВЛ получены при размерах камней до 10 мм, расположенных в лоханке единственной почки (79,9%). При камнях в верхней группе чашечек — в 60% случаев, а в средней и нижней группах чашечек — в 66,6% наблюдений. Средняя продолжительность ЧПНЛ составили 84 минуты, со средней кровопотерей 122 мл. Средний койко-день, с учетом неоднократности сеансов ЧПНЛ, составил 12,8. При этом положительные результаты при локализации камней в нижней группе чашечек достигнуты у 80,2% больных, в лоханке почки — в 76,5% случаев. Низкая эффективность метода выявлена при локализации камней в верхней группе чашечек — (45,5%). Сопоставимые результаты получены у больных, страдающим ХПН, которым как первый этап выполнена чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС).

Заключение: ДЛТ следует считать методом выбора при камнях небольших размеров (до 10 мм), расположенных в лоханке, верхней или средней группах чашечек единственной почки. При размерах конкремента от 11 до 20 мм. может применяться комбинированное лечение (ЧПНЛ + ДЛТ). Выполнение ЧПНС как первый этап больным, страдающим ХПН и обострением хронического пиело-

нефрита, позволяет нормализовать функцию единственной почки и подготовить этих пациентов к использованию того или иного метода лечения.

Ключевые слова: нефролитиаз, метод лечения.

Optimization of the selection of the method of treatment of nephrolithiasis in patients with the one kidney

O.V. Teodorovich, N.B. Zabrodina, A.V. Latyshev, M.A. Magomedov, A.V. Fedorov

«Clinical hospital» of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

Summary

Brief survey of the methods of treatment and its own experience of the treatment of patients by nephrolithiasis with one kidney.

Key words: nephrolithiasis, the method of treatment.

Координаты для связи с автором: 107143, г. Москва, ул. Лосиноостровская, 45

Введение

Больные с нефролитиазом единственной почки представляют особый контингент больных, требующие к себе повышенного внимания и осторожности при применении к ним оперативного пособия. Причинами высокой летальности таких больных (до 12,5 %) остаются запоздалое оперативное вмешательство, тяжесть течения патологического процесса и его осложнений, множество сопутствующей патологии и др. [3, 4]. С внедрением в медицинскую практику таких методов лечения, как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) и чрескожная пункционная нефролитотрипсия (ЧПНЛ), заметно возросли возможности для более эффективного лечения столь сложной категории больных. Тем не менее, до сих пор остается немало вопросов, требующих дальнейшего разрешения. Нет единой позиции относительно