

**ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО СБЛИЖЕНИЮ
СИМФИЗА И МОДИФИЦИРОВАННОЙ СФИНКТЕРОПЛАСТИКИ ПО
ДЕРЖАВИНУ У БОЛЬНЫХ С ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ
ЭПИСПАДИЕЙ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ**

Хайрулла Х. Х.

удайназаров ассистент кафедры общей и детской хирургии №1 Ташкентская
медицинская академия. Хирург Республиканского научно-практического центра
малоинвазивной и эндовизуальная хирургия у детей Ташкент, Узбекистан;
xudaynazarovx77@gmail.com;

Актуальность:

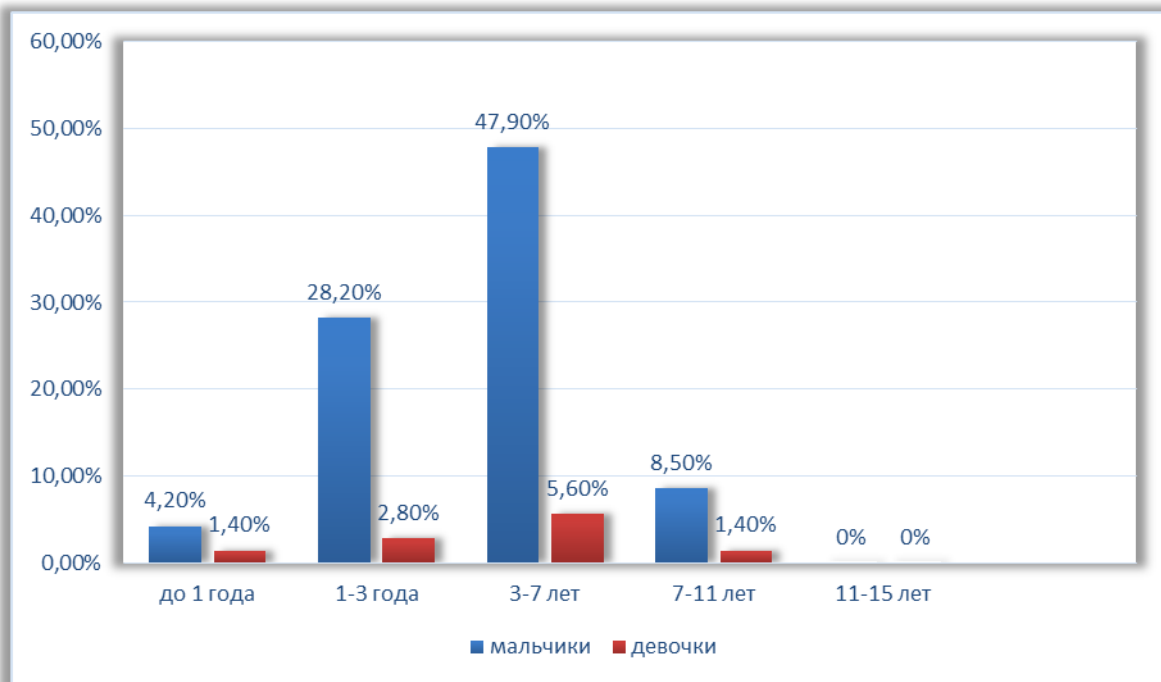
Несмотря на длительную историю изучения проблемы, лечения эписпадии у детей и в частности, её сложных форм, она и на сегодняшний день до конца не разрешена. Печальная статистика неудовлетворительных результатов после классических, традиционных методов лечения при тяжелых формах эписпадии, побуждает к поиску наиболее эффективных методов хирургической коррекции (Р.М. Фронштейн и соавтор, Н.Е. Савченко, 1986; М.А. Amirzargar и соавтор, 2006 Zeidan S et al 2009 и др.). Остаются открытыми вопросы, с какого возраста необходимо проводить операционное вмешательство и в какой последовательности надо осуществлять лечение. (М.Б. Пластунов 1957; Ж.Б. Бекназаров 1992; А.А. Ахунзянов с соавт. 2002; А.Т. Таджикибаев, 2010; B. Duhamel et al, 2008;).

Сущность проблемы заключается в том, что больной страдающий тяжелой формой эписпадии, из-за восходящей инфекции, при несвоевременном лечении, может приобрести тяжёлое осложнение, как хроническая почечная недостаточность (И.А. Ахмеджанов и соавтор 1999; Ж.Б. Бекназаров и соавт. 2007; А.Т. Таджикибаев 2010; R. Gonzaies., 1985).

Ключевые слова: Модифицированная сфинктеропластика по Державину, тотальная и субтотальная эписпадия, недержание мочи.

Introduction

В период с 2009-2019 годы под нашим наблюдением были прооперированы 32 больных с различными степенями эписпадии, которые были включены в основную группу наблюдения. Из 32 больных основной группы 29 (90,6%) составили мальчики и 3 (9,4%) девочек. Их соотношение составило 9,6:1 (Диаграмма 1).

**Диаграмма 1**

Распределение основной группы больных по возрасту и полу.

Как видно из таблицы, в возрасте до 1 года был один больной (3,1%), 11 больных (34,4%) от 1 до 3 лет, 18 больных (56,3%) от 3 до 7 лет, 2 больных (6,3%) обратились в клинику в возрасте от 7 до 11 лет. Из этого следует, что самую маленькую возрастную группу составляют дети до 1 года (3,1%). В эту группу мы внесли больного с тотальной эписпадией и тотальной эписпадией после устранения экстрофии мочевого пузыря, ранее он был прооперирован в других хирургических клиниках.

В возрасте от 1 – до 3 лет к нам обратились 11 больных (34,4%) из них 10 мальчиков (31,3%), 1 девочка (3,1%). Самую большую группу составляют больные в возрасте от 3 – до 7 лет (56,3%). Из них 16 (50,0%) мальчиков, 2 девочки (6,3%). Из анамнеза выяснилось, что этим больным несколько раз была проведена неудачная сфинктеропластика и уретропластика с неудовлетворительным послеоперационным результатом. По сравнению со сверстниками они заметно отставали в развитии. Из-за постоянного вдыхания паров окиси мочевины у двоих наблюдаемых отмечены воспаление лёгких и верхних дыхательных путей. Из-за постоянного недержания мочи кожа передней стенки живота, промежности, верхней части бедер была мацерирована.

Таблица 1 Распределение больных по возрасту и по форме патологии (основная группа).

Возраст больных	Субтотальная эписпадия		Тотальная эписпадия		Тотальная эписпадия после устранения экстрофии мочевого пузыря		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 года	-	-	-	-	1	3,1	1	3,1
1-3 года	-	-	9	28,1	2	6,3	11	34,4
3-7 лет	11	34,4	7	21,9	-	-	18	56,3
7-11 лет	-	-	1	3,1	1	3,1	2	6,3
11-15 лет	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	11	34,4	17	53,1	4	12,5	32	100

Из таблицы следует, что 11 больных (34,4%) поступили с изолированной субтотальной эписпадией. У этих больных наблюдалось недержание мочи различной степени: у 7 (63,6%) из них наблюдалось тотальное недержание, у 4 (36,7%) недержание было частичным и они могли удерживать её 15 – 30 минут. При осмотре внешних половых органов было установлено, что половой член был деформирован, изогнут вокруг своей оси, вдавлен вовнутрь и искривлён. Чтобы полностью осмотреть член, надо было оттянуть кожу мошонки вниз. У всех больных при осмотре полового члена в углу лона отмечалось выраженное воронкообразное углубление, соединённое непосредственно с мочевым пузырём. Размер полового члена в 1,5-2 раза меньше чем в норме, на его дорсальной поверхности расположена уретральная борозда, слизистая оболочка которой больше напоминает кожу. У этой группы больных при осмотре был выявлен диастаз симфиза лонных костей: у 3 (27,3%) больных диастаз симфиза составил более 4 см, у 6 (54,5%) больных 2-4 см, у 2 (18,1%) пациентов диастаза не было. С диагнозом тотальная эписпадия к нам обратились 17 (53,1%) детей, это в 1,6 раз больше чем больные с субтотальной эписпадией и в 4,2 раза больше чем больные прооперированные с тотальной эписпадией после устранения экстрофии мочевого пузыря. У этих больных из-за расщепления ножек кавернозных тел и расхождения костей таза половой член примыкал к передней стенке живота. У всех больных половой член был искривлен по длине и по оси на 90°, подтянут к лобку и брюшной стенке. Слизистая оболочка уретральной борозды переходила в слизистую мочевого пузыря. Ни у одного больного не удалось определить семенные бугорки. Ширина слизистой слоя уретры составила 0,7 – 1,5 см и она без резких границ переходила в кожу полового члена. У 16 (50,0%) больных кожа крайней плоти была гипертрофирована, у 3 (9,4%) больных совершенно не развита. У 13 больных (40,6%) мошонка была недоразвита, яички гипоплазированы. У девочек, больных эписпадией, клитор был полностью расщеплен на 2 части и недоразвит, малые половые губы атрофированы. У некоторых больных клитор и малые половые губы не развиты. Передние окончания малых и больших половых губ не определялись. Между клитором и малыми половыми губами отмечается розовый слой уретры. Влагалище и окружающие его ткани не изменены.

У больных лобковые кости таза по средней линии отдалены (в норме до 0,7см): у одного (3,1%) больного диастаз симфиза составил 8,1 см, у 10 (31,3%) – 4,0-7,0 см; у 18 (56,3%) – 2,0-4,0 см. У 2 (6,3%) детей основной группы диастаза между костями таза было. На рентгенограмме костей таза невыраженный остеопороз.

У 3 (9,4%) больных проксимальная часть уретральной борозды у входа в мочевого пузыря была значительно шире, просматривалась слизистая оболочка пузыря. При осмотре у 4 (12,5%) больных предстательная железа была не развита. При исследовании объема мочевого пузыря у 5 (15,6%) больных он составил 50,0 мл. При цистоскопии слизистая оболочка входной части мочевого пузыря изменена, тусклая, у 9 больных (28,1%) были обнаружены папилломатозные разрастания. Слизистая оболочка дна мочевого пузыря была не изменена, устья мочеточников без патологии.

4 (12,5%) больных наблюдаемой группы обратились с тотальной эписпадией после устранения экстрофии мочевого пузыря. Двое (50,0%) из них за 6 месяцев до обращения к нам были прооперированы в других клиниках, где им была проведена цистопластика по методу Баирова.

У одного больного операция прошла успешно, уже на первом этапе было достигнуто создание мочевого пузыря и уретры.

Объективно тотальная эписпадия сопровождалась отсутствием передней стенки мочевого пузыря (экстрофией), на месте аномалии видна слизистая оболочка и постоянное выделение мочи каплями. Во время натуживания ребёнка слизистая оболочка ещё больше пролабировала наружу. Слизистая легко ранимая, при малейшем надавливании возникали боль, кровотечение. Только у 2 (6,3%) больных исследуемой группы определялось пупочное кольцо. Размеры полового члена были в 2-3 раза короче нормы. Половой член гипоплазирован, вдавлен во внутрь и повернут вокруг своей оси. По передней стенке определяется уретральная борозда, его слизистая без резких границ переходит в кожу полового члена. Мошонка маленькая, яички гипоплазированы. Ни у одного больного из этой группы, также как и в предыдущих группах, не удалось определить предстательную железу.

По результатам рентгенологического исследования лобковых костей таза диастаз между симфизом у всех больных составил от 6,0 до 9,0см. Кожа в области промежности и паха воспалена, мацерирована. Из-за восходящей инфекции у этих больных наблюдался гнойно-воспалительный процесс в верхних отделах мочевыводящих путей.

Все больные были прооперированы только после тщательной предоперационной подготовки.

Двум из четырёх больных после проведения операции по устранению экстрофии мочевого пузыря с тотальной эписпадией была проведена цистонеопластика по методу Баирова. У одного больного в послеоперационный период швы частично разошлись и сформировался кожно-уретральный свищ, спустя 6 месяцев ему была проведена операция по устранению кожно-уретральной фистулы. У второго больного послеоперационная рана зажила первично. Ни у кого из 4 больных не было полностью устранено недержание мочи. Поэтому больным обеих групп было рекомендовано проведение сфинктеропластики по методу Державина и операция по сближению лонного симфиза в собственной

модификации (Государственное патентное управление Республики Узбекистан, Патент на изобретение № IAP 03959 от 30.06.2009 г.).

Оперативное лечение ранее было проведено у 28 пациентов с диастазом симфиза, что составляет 87,5% от общего числа собственной группы больных (32 пациента).

После сфинктеропластики следующим этапом проводится операция «Одноэтапная ортонеоуретропластика», предложенная Ж.Б.Бекназаровым и А.З.Факировым (авторское свидетельство №249, 1995г.). Для дренажа мочевого пузыря был использован, предложенный Ж.Б. Бекназаровым и А.З. Факировым, «Двухдиаметровый пузырно–уретральный катетер» (авторское свидетельство № 251, 1995 г.).

Эта операция на первом этапе выпрямляет половой член, даёт шанс создания уретры, но не влияет на процесс удержания мочи.

В послеоперационный период через надлобковую часть катетера постоянно вводился капельно 0,01% раствор мирамистина, одновременно была использована 0,5 % мазь, для перевязки послеоперационных ран.

Для улучшения процессов регенерации и репарации мы дополнительно проводили курс эмпирической антибиотикотерапии, витаминотерапии, фитотерапии, а также 2 раза в день прописывали перорально 0,2 гр. мумиё. Через 7-8 дней после операции дренажные трубки и швы удалялись.

Навыки самостоятельного выделения мочи и его контроля у больных появились на 10-14 день.

Результаты лечения больных основной группы оценивались по следующим критериям:

- «хороший» результат – в течении суток (днём и ночью), больной может удерживать мочу в состоянии покоя и при физической нагрузке. Он может удерживать 100-200 мл мочи в течении 1,5-2 часов.

- «удовлетворительный» результат – удержание мочи объемом 50-70 мл в мочевом пузыре 30-40 минут.

После проведённой операции у 19 больных (59,4%) результаты были оценены как «хорошие», у 10 (31,2%) как «удовлетворительные», у 3 (9,4%) как «неудовлетворительные». На повторной рентгенограмме в прямой проекции (через 2 недели после операции) в динамике расхождения симфиза лонных костей у больных не наблюдалось.

Из 19 больных оцененных с результатом «хорошо», у 17 человек (89,5%) чувство позыва к акту мочеиспускания появилось после удаления катетера, у 2 больных появилось через 2-3 дня. 14 больных (73,7%) могли контролировать мочеиспускание сразу после удаления катетера, 5 (26,3%) больных через 3-8 дней.

Уменьшение объёма мочевого пузыря, после проведённой сфинктеропластики, приводит к частому мочевыделению в малых количествах. Мочеиспускание осуществляется с интервалом от 40 минут до 1,5 часов, количество выделяемой мочи 50,0-100,0 мл.

Из 10 больных с «хорошим» результатом у 4 (40,0%) после удаления катетера появились позывы к мочеиспусканию, у трёх (30,0%) на 4-6 день. Двое больных (20,0%) после удаления катетера могли контролировать мочеиспускание, 5 больных (50,0%) на 3-8 день, 3 больных только на 10-12 день. Из-за уменьшения размеров мочевого пузыря во время

сфинктеропластики больной выделял мочу часто и в небольших количествах с промежутками во времени от 20 до 30 минут, объем выделяемой мочи 20,0-30,0 мл. Кроме этого большинство больных жаловались на боли в промежности и области мочевого пузыря.

Вывод:

Наши наблюдения показывают, что сочетание нескольких заболеваний в послеоперационном периоде, таких как ОРВИ, анемия, микроцистит, приводят к отрицательным результатам лечения в отдаленном периоде.

Из трёх (9,4%) больных с «неудовлетворительным» результатом 2 пациента поступили с послеоперационными осложнениями, один с тотальной эписпадией. Один больной с экстрофией мочевого пузыря обратился к нам в клинику после проведённой ему цистонеопластики по Баирову.

У одного больного операция по цистопластике закончилась безуспешно, он поступил на повторную операцию. Этому больному мы провели операцию уретеросигмоанастомоз Матисена, в модификации Уллиева.

У одного больного с неудовлетворительным результатом операция осложнилась гнойным воспалением и несостоятельностью операции по сближению симфиза, что свело на нет результаты сфинктеропластики.

Литература:

1. Arteaga-Vázquez J. OEIS complex: Prevalence, clinical, and epidemiologic findings in a multicenter Mexican birth defects surveillance program. / J.Arteaga-Vázquez, L.Luna-Muñoz, J.J.Morales-Suárez, O.M.Mutchinick. // Birth Defects Res. – 2019. – Vol. 111, N 11. – P. 666-671. doi: 10.1002/bdr2.1512.
2. Ballesteros N. Use of small intestinal submucosa for corporal body grafting in cases of epispadias and epispadias/exstrophy complex. / N.Ballesteros, P.R.M.Moscardi, R.Blachman-Braun, M.Salvitti, A.Alam, M.Castellan, K.Kozakowski, R.Gosalbez, A.Labbie. // J. Pediatr. Urol. – 2019.- Vol. 15, N 4. – P. 406.e1-406.e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2019.05.024.
3. Baird AD, Nelson CP, Gearhart JP. /Modern staged repair of bladder exstrophy: a contemporary series. J Pediatr Urol. 2007 Aug;3(4):311-5.
4. Baird AD, Gearhart JP, Mathews RI. /Applications of the modified Cantwell-Ransley epispadias repair in the exstrophy-epispadias complex.J Pediatr Urol. 2005 Oct;1(5):331-6.
5. Barla R.K. Skin cover in epispadias repair by dorsal transposition of a ventralisland flap: a modification of the Pippi Salle technique. / R.K.Barla, S.Sen. //Ped. Surg. Int. – 2015. – Vol. 31. – P. 1099-1102.
6. Bar-Yosef Y. Results of Epispadias Repair Using the Modified Cantwell- Ransley Technique. / Y.Bar-Yosef, M.Sofer, M.P.Ekstein, Y.Binyamini, J.Ben-Chaim. // Urology. – 2017. – Vol. 99. P. 221-224.
7. Ben-Chaim J. The outcome of patients with classical bladder exstrophy in adult life. J.Ben-Chaim, R.D.Jeffs, W.G.Reiner, J.P.Gearhart. // J. Urol. – 1996. – Vol. 155. - P. 1251–1252.

8. Bennet AH. Exstrophy of the bladder treated by ureterosigmoidostomies, long term evaluation. / A.H. Bennet. // Urology. – 1973. Vol. 2. – P. 165–168.
9. Benz K.S. The Role of Human Acellular Dermis in Preventing Fistulas After Bladder Neck Transection in the Exstrophy-epispadias Complex. / K.S.Benz, J.Jayman, M.Maruf, G.Joice, M.Kasprenski, N.Sopko, H.Di Carlo, J.P.Gearhart. // Urology. – 2018. Vol. 117. - P. 137-141. doi: 10.1016/j.urology.2018.04.011.
10. Benz K.S. Bladder Re-augmentation in Classic Bladder Exstrophy: Risk Factors and Prevention. / K.S.Benz, J.Jayman, K.Doersch, M.Maruf, T.Baumgartner, M.Kasprenski, J.P.Gearhart. // Urology. – 2018. –Vol. 115. P. 157-161. doi: 10.1016/j.urology.2018.02.003.
11. Berrettini A. Resultant hypospadias after epispadias repair in bladder exstrophy patients: a difficult surgical task with high complication rate. / A.Berrettini, M.Castagnetti, W.Rigamonti. // J. Pediatr. Surg. – 2011. – Vol. 46. – P. 1965-1969.
12. Bhat A.1. Double breasting of bladder neck and posterior urethra for continence in isolated peno-pubic epispadias. / A.1.Bhat, R.Upadhayay, M.Bhat, R.Kumar, V.Kumar. // Int. Urol. Nephrol. – 2015. – Vol. 47, N 5. - P. 789-795.
13. Bhatnagar V. Bladder exstrophy: An overview of the surgical management. /V.Bhatnagar // J. Indian Assoc. Pediatr. Surg. – 2011. - Vol. 16. – P. 81-87.
14. Bos E.M. Epispadias in boys with an intact prepuce. / E.M. Bos, C.F. Kuijper, R.J. Chrzan, P. Dik, A.J. Klijn, T.P. de Jong. // J. Pediatr. Urol. – 2014. – Vol.10, N 1. – P. 67-73.
15. Boyadjiev S.A. Clinical and molecular characterization of the bladder exstrophy-epispadias complex: analysis of 232 families. / S.A. Boyadjiev, J.L.Dodson, C.L. Radford, G.H. Ashrafi, T.H. Beaty, R.I. Mathews, K.W. Broman, J.P. Gearhart. // BJU Int. – 2004. – Vol.94. – P. 1337–1343.
16. Borer JG, Gargollo PC, Kinnamon DD, et al. /Bladder growth and development after complete primary repair of bladder exstrophy in the newborn with comparison to staged approach. // J Urol. 2005 Oct; 174 (4Pt2): 1553-7.