

достаточности.

Для доступа чаще использовали срединную лапаротомию, после широкой оментобурсотомии выполняем некрсеквестрэктомию путем дигитоклазии, чтобы избежать кровотечений. Дополнительное дренирование позадибодочных пространств проводим люмботомическим доступом. Дренажные конструкции размещаем вне зон крупных сосудистых стволов и стенок кишечника.

Околоободочная клетчатка слева была поражена в 75% наблюдений, справа в 9% и двусторонний характер был в 16% случаев. Развитие поздних аррозивных кровотечений в забрюшинном пространстве наблюдали у 10 пациентов. В разные периоды заболевания у 12 больных диагностированы дигестивные свищи, в 3 случаях наружные панкреатические свищи.

Выводы. Основу хирургического лечения гнойно-воспалительных осложнений распространенного панкреонекроза должен составлять принцип дифференцированного подхода к выбору, последовательности и виду оперативных вмешательств.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ЭПИСПАДИИ

Короленко Е.Н., Гордионов Д.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Недержание мочи при эписпадии является одним из актуальных вопросов в современной урологии. Эписпадия встречается у 1:50 000 новорожденных, причем у мальчиков в 5 раз чаще, чем у девочек. До 90% всех форм эписпадии составляет тотальная и субтотальная эписпадия, сопровождающиеся недержанием мочи [1]. По данным исследования Kramer и Kelalis (1982 г.) чаще всего недержание мочи встречается у пациентов с тотальной и субтотальной формами эписпадии (у 46 детей из 49 больных – 93,9%), реже – при стволовой (15 пациентов из 21 – 71,4%) и не встречается у пациентов с головчатой формой [2].

Несмотря на большое количество предложенных открытых

оперативных вмешательств, а также малоинвазивных методик (эндоскопические операции), проблема радикального излечения недержания мочи не решена. И те, и другие методы имеют ряд преимуществ и недостатков, которые не позволяют им стать эффективными на 100%. Это требует неоднократных вмешательств для достижения полного удержания мочи. Выбрать наиболее подходящую конкретному пациенту методику лечения довольно трудно, так как следует учитывать пол, возраст, вид и степень врожденной аномалии развития, характер и количество перенесенных ранее оперативных вмешательств.

Цель. Оценить результаты различных видов оперативного лечения недержания мочи у пациентов с тотальной и субтотальной эписпадией и их комбинаций.

Материалы и методы исследования. На базе Республиканского центра детской урологии УЗ «2-я городская детская клиническая больница» с 2009 по 2010 год было выявлено 6 пациентов с недержанием мочи, причиной которого явилась субтотальная и тотальная формы эписпадии. Возраст – 5–12 лет. По полу пациенты распределились следующим образом – 5 мальчиков и 1 девочка. Больные с данной патологией были разделены в зависимости от вида оперативного лечения на следующие группы:

- эндоскопическая коррекция недержания мочи;
- укрепление шейки мочевого пузыря по державину;
- укрепление шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом.
- сочетание операции державина с укреплением шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом.

Все пациенты наблюдались нами в течение от полугода до 2 лет после проведения оперативного лечения.

Результаты исследования. Пациент Р., мальчик, 8 лет. Больному была проведена эндоскопическая коррекция (введение дефлюкса в зону наружного сфинктера). После данной процедуры у пациента достигнуто полное удержание мочи. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Осложнений и рецидивов заболевания не наблюдалось.

Больной К., мальчик, 12 лет. Проведена первично эндоскопическая коррекция. В результате наблюдалось отсутствие недержания в течение первых 2 недель, после чего у этого пациента возобновились явления недержания мочи. Для последующего лече-

ния спустя 8 месяцев была проведена открытая операция: сфинктеропластика по Державину с укреплением шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом, после проведения которой было достигнуто полное удержание (наблюдение за ребёнком в течение 10 месяцев).

Пациент В., мальчик, 9 лет. Выполнена операция по методу Державина. В ближайшем послеоперационном периоде было достигнуто полное удержание мочи. Спустя 1 месяц у ребенка вновь проявились симптомы недержания. Через 2 года (в возрасте 11 лет) пациенту была проведена эндоскопическая коррекция недержания мочи (введение дефлюкса). Отмечено отсутствие недержания мочи в течение 1 года.

Пациент А., девочка, 5 лет. Как первичный метод лечения была выполнена операция по укреплению шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом. В результате выполненного оперативного вмешательства достигнуто полное удержание мочи. Наблюдение за ребёнком проводилось в течение 2 лет.

Двум другим пациентам (мальчики) в возрасте 6 лет выполнено оперативное вмешательство, представляющее собой сочетание метода Державина с укреплением шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом. Оба пациента отмечают отсутствие недержания мочи (наблюдение пациента С. в течение 1 года, пациента Т. – 8 месяцев).

Выводы. Сочетание операции Державина и укрепления шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом позволило достичь положительного эффекта во всех случаях. Эндоскопическое лечение является эффективным методом лечения недержания мочи при эписпадии и в некоторых случаях может использоваться как первичный метод лечения.

Литературные ссылки

1. Campbell-Walsh Urology. – 10th ed. / editor-in-chief, Alan J. Wein, editors, Louis R. Kavoussi [et al.]. 2012: Exstrophy-Epispadias Complex. John P. Gearhart, MD I Ranjiv I. Mathews, MD Chapter 124.

2. Недержание мочи. J.W. Thuroff (руководитель), P. Abrams (заместитель руководителя), A. Schroder, K.-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro. Перевод: Ю.В. Алымов, Научное редактирование: Е.И. Велиев. Европейская ассоциация урологов, 2010.

3. Чухриенко, Д.П., Люлько, А.В., Романенко, Н.Т. Атлас урогинекологических операций: <http://www.uroweb.ru>.