

их очистка и исследование / Д.В. Косягин // Лабораторное дело. – 1989. - №8. – С.34-36.

9. Краснопольская, К.Д. Достижения биохимической генетики в изучении наследственной патологии соединительной ткани / К.Д. Краснопольская // Вестник АМН СССР. – 1982. - №6. – С.70-76.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Дружинин Г.В. – врач-уролог; **Винников М.М.** – врач-уролог; **Дубров В.И.** – зав. урологическим отд.; **Вощула В.И.*** – д.м.н., доцент; **Скобеюс И.А.**** – к.м.н., доцент

*УЗ «2-я Городская детская клиническая больница», Минск, Беларусь,
druzhynin_h@cosmostv.by,*

**Кафедра урологии и нефрологии БелМАПО,*

***Кафедра урологии БГМУ*

Reflects the results of conservative and surgical treatment of overactive bladder, the evolution of functions of the upper urinary tract, depending on the effectiveness of treatment.

Key words. Overactive bladder, conservative treatment, antireflux surgery, recurrent catheterization, bladderileumaugmentation.

Введение. Одним из ведущих осложнений нарушения внутриутробного формирования центральной нервной системы (головного и спинного мозга), таких как spina bifida, миеломенингоцеле, дисгенезия крестца, копчика, и других признаков каудальной регрессии является нейрогенный мочевой пузырь. По данным литературы, у 50-60% детей, вследствие нарушения функции мочевого пузыря (МП), обусловленного нейрогенной дисфункцией, возникает патология верхних мочевых путей (ВМП). Без своевременной коррекции нарушений функции МП поражение ВМП у этих больных нередко приводит к развитию хронической почечной недостаточности[1,3]. Лечение гиперактивного нейрогенного мочевого пузыря делится на две основных группы: консервативное и оперативное. Наиболее распространенными методами консервативного лечения гиперактивного мочевого пузыря являются применение м-холиноблокаторов в сочетании с периодической катетеризацией мочевого пузыря. Хирургическая коррекция означает создание, на основе

собственного мочевого пузыря, резервуара низкого давления, при помощи кишечной пластики, т.н. илеоцистоаугментации [2, 4].

Материал и методы. В детском урологическом центре Республики Беларусь с 1998 г. по 2010 г. проходило лечение 56 пациентов с гиперактивным нейрогенным МП. Возраст пациентов от 5 месяцев до 17 лет (средний 8,2). Мальчиков 19 (33,9%), девочек 37 (66,07%). Время наблюдения 1-11 лет.

Комплексное обследование включало в себя неинвазивные и инвазивные методы. Неинвазивные методы – жалобы, анамнез, осмотр больного, УЗИ мочевыводящей системы с определением остаточной мочи в МП, общеклинические анализы, ритм спонтанных мочеиспусканий за сутки, урофлоуметрию с электромиографией мышц тазового дна. Инвазивные методы – экскреторная урография, микционная цистография, радиоизотопное исследование функции почек, ретроградная жидкостная цистометрия, исследование давление-поток, цистоуретроскопия, по показаниям выполнялись профилометрия уретры и фармакологические пробы.

В результате обследования диагноз гиперактивного нейрогенного мочевого пузыря был установлен у 56 детей. Патология ВМП, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) или мегауретер обнаружена у 44 (78,57%) детей. Из них ПМР 3-5 степени с одной или двух сторон был выявлен у 33 детей.

По результатам обследования 9 пациентам назначалась консервативная терапия м-холиноблокаторами в возрастной дозировке и режим мочеиспусканий, 45 пациентов получали терапию м-холиноблокаторами и находились на «чистой» периодической катетеризации мочевого пузыря 5-7 раз в сутки. Илеоцистоаугментация была предложена и выполнена во время первой госпитализации 2 пациентам, т.к. другие методы лечения были неэффективны.

Результаты и обсуждение. При оценке результатов лечения мы использовали показатели, позволяющие достоверно функцию МП и почек. С этой целью мы использовали: адаптационную способность мочевого пузыря (Compliance (Pdetr/vol) – способность мочевого пузыря адаптироваться к изменению объёма жидкости, норма >20), креатинин и мочевины крови, а так же факт наличия или отсутствия и степень ПМР, регистрируемого на ретроградной цистограмме. Из уродинамических характеристик учитывался только compliance, поскольку он наиболее полно и достоверно характеризует накопительную функцию мочевого пузыря и не имеет возрастной нормы.

При контрольном обследовании, проводимом через 3 мес.–1год были получены следующие результаты (таблицы 1 и 2).

Таблица 1-Результаты консервативного лечения

Средние значения	Compliance (Pdetr/vol)	Креатинин крови Мкмоль/л	Мочевина крови Ммоль/л
До лечения	4,43	72,40	4,7
Лечение	10,47	66,17	4,8

Таблица 2 - Результаты консервативного лечения (количество рефлюксов)

ПМР ликвидирован	Степень ПМР без динамики	Нефрэктомия
18	3	1

Нефрэктомия была выполнена у пациента с полной потерей функции почки (подтвержденной изотопными исследованиями) и наличием, клинически и лабораторно, инфекции мочевых путей. Положительным результатом консервативного лечения ПМР можно считать 18 случаев из 22 (таблица 2).

Пациентам, у которых имелся ПМР, сопровождающийся частыми атаками пиелонефрита (не реже 1-2 раз в месяц) и неэффективностью консервативного лечения, мы выполнили 16 антирефлюксных операций. При этом использовались методики: уретероцистонеоанастомоз внепузырный – 4, уретероцистонеоанастомоз комбинированный с фиксацией к подвздошной мышце по типу “psoas hitch” – 7 и операция Коэна – 5. После операции лечение продолжалось по прежней схеме.

Таблица 3 –Результаты антирефлюксных операций + катетеризация + м-холиноблокаторы (количество рефлюксов)

Антирефлюксные операции			ПМР с неоперированной стороны
ПМР ликвидирован	Рецидив ПМР	Нефрэктомия	
9	5	2	3

Положительный результат отмечен только в 6 случаях из 16, когда было зарегистрировано отсутствие ПМР с двух сторон после операции. Появление ПМР с противоположной стороны, там, где он ранее не выявлялся, мы также отнесли к отрицательному результату лечения, поскольку этот факт свидетельствовал о том, что тактика лечения была выбрана не верно. Нефрэктомии у обоих пациентов были выполнены со стороны ранее сделанных антирефлюксных операций. Удаление производилось по поводу гнойного пиелонефрита, через 3 и 5 лет после первой операции, ПМР в удалённую почку не было.

При контрольном обследовании у 19 детей проводимое консервативное лечение положительного эффекта не дало (таблица 4). Им была выполнена илеоцистоаугментация – увеличение МП детубуляризированным участком подвздошной кишки на питающей ножке брыжейки. Эта же операция была выполнена 2 пациентам – после первичного обследования. После аугментации м-холиноблокаторы детям не назначались, атак пиелонефрита у пациентов не было. Контрольные обследования после хирургического вмешательства проводилось через 1 год – 7 лет. Полученные результаты отражены в таблицах 4 и 5.

Таблица 4 – Результаты илеоцистоаугментации

Средние значения	Compliance (Pdetr/vol)	Креатинин крови Мкмоль/л	Мочевина крови Ммоль/л
До лечения	4,76	73,19	6,55
Консерв. лечение	4,43	98,48	8,16
После аугментации	26,34	80,68	7,57

Таблица 5 – ПМР после илеоаугментации мочевого пузыря (количество рефлюксов)

ПМР ликвидирован	Снижение степени ПМР	Отрицательная динамика
12	1	0

Выводы. Недостаточная коррекция адаптационной способности мочевого пузыря вызывает нарушение функций верхних мочевых путей и ухудшает прогноз течения заболевания. Ключевым показателем, определяющим адекватность проводимого лечения у пациентов с гиперактивным нейрогенным мочевым пузырём, является compliance мочевого пузыря. В тех случаях, когда консервативными методами не удаётся достичь нормализации этого показателя, антирефлюксные операции не будут эффективными. Таким образом, консервативное лечение является достаточно эффективным методом коррекции гиперактивного нейрогенного мочевого пузыря, однако при выявлении резистентности к проводимому лечению методом выбора остается хирургическое лечение: илеоцистоаугментация, которая полностью устраняет явления гиперактивности мочевого пузыря и нормализует compliance, что позитивно отражается на функции верхних мочевых путей.

Список литературы:

1. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г., Школьников М.Е. Нейрогенный гиперактивный мочевой пузырь.// Трудный пациент. – 2004 - №6, том 2, с. 1-7.

2. Campbell J. B., Moore K.N., Voaklander D.C., Mix L.W. Complications associated with clean intermittent catheterization in children with spina bifida// The Journal of Urology. – 2004 – Vol. 171, P.2420-2422.
3. Kari J.A. Neuropathic bladder as a cause of chronic renal failure in children in developing countries.// Pediatr Nephrol. – 2006 – Vol. 21, P. 517-520.
4. Woodhouse C.R.J. Progress in the Management of Children born with Spina Bifida. European Urology. – 2006 – Vol. 49, P. 777-778.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТВОЛОВОЙ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

В.И. Дубров

*УЗ «2-я городская детская клиническая больница», Минск, Беларусь,
dubroff2000@mail.ru*

The article presents the experience of treating 133 children with penile hypospadias. Were analyzed treatment results when using different methods urethroplasty.

Key words: hypospadias, urethroplasty, urethral fistula.

Введение. Гипоспадия – это одна из наиболее частых врожденных аномалий наружных половых органов у мальчиков. Актуальность проблемы хирургического лечения гипоспадии обусловлена следующими факторами:

За последние 40 лет отмечен значительный рост частоты аномалии. В настоящее время патология встречается с частотой 1 на 150-250 новорожденных мальчиков [1].

Связь гипоспадии с половой функцией мужчины. У детей с гипоспадией достаточно рано развивается психологический дискомфорт, в последующем возникают сложности с половой жизнью. [2].

Высокая частота неудовлетворительного результата хирургического лечения. В послеоперационном периоде у 15-45% пациентов развиваются осложнения, лечение которых является еще более сложной проблемой [3].

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения стволовой гипоспадии у мальчиков.

Материалы и методы исследований. За период с 1996 по 2006 годы в клинике урологии БГМУ на стационарном лечении находилось 133 первичных пациентов со срединной и проксимальной стволовыми формами гипоспадии (стволовой гипоспадией по классификации Европейской урологической ассоциации). Возраст пациентов к моменту пер-