

ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

²Давиденко В.Б., ¹Корольков А.И., ¹Шевченко С.Д., ²Пашенко Ю.В.,
³Пионтковская О.В., ³Седых А.Н.

¹ ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМНУ»;

²Кафедра детской хирургии и детской анестезиологии ХНМУ;

³КУОЗ Областная детская клиническая больница № 1 г. Харькова

Вступление. Среди врожденных комбинированных пороков развития одним из наиболее сложных является экстрофия мочевого пузыря (ЭМП), которая характеризуется отсутствием нижней части передней брюшной стенки, тела мочевого пузыря, зачастую с атрезией прямой кишки в сочетании со значительным расхождением лонных костей. В развитых странах этот порок подлежит хирургической коррекции сразу после рождения. Однако, публикаций о корригирующих вмешательствах при неудачной первичной операции крайне мало.

Материал и методы. В ОДКБ № 1 г. Харькова совместно с ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ наблюдается 8 детей с ЭМП в возрасте от 1 до 7 лет, сроки наблюдения составляют от 1 до 6 лет. Пациенты наряду с выраженной урологической патологией имели отклонения и в строении скелета таза – разворот крыльев таза кнаружи, расхождение лобковых костей на значительное расстояние (более 5 см).

Полученные результаты и их обсуждение. Лечение детей с ЭМП должно начинаться с первых суток жизни ребенка. Оптимальным вариантом является первичная пластика мочевого пузыря местными тканями с двусторонней остеотомией таза, что позволяет погрузить созданный мочевой пузырь в отртопическое положение, воссоздать шейку и заднюю уретру, снять нагрузку с линии швов.

Наш опыт свидетельствует о том, что сведение лонных костей без остеотомии приводит к пролапсу пузыря и рецидиву порока, что крайне осложняет последующее лечение и минимизирует шансы больного на абилитацию естественного мочевого пузыря.

Лечение 8-ми детей после неудачной первичной коррекции из различных регионов Украины в обязательном порядке включало остеотомию, в 3-х наблюдениях – повторную. Всего в 2-х случаях удалось воссоздать мочевой пузырь заново. У остальных детей оперативная коррекция заключалась в создании искусственного мочевого пузыря.

Одним из основных этапов является двусторонняя остеотомия подвздошных костей по Солтеру, формирование лонного сочленения. Операцию выполняют двумя бригадами хирургов, одна из которых осуществляет ортопедический этап, а другая – реконструктивно-пластически по созданию собственного или искусственного мочевого пузыря. Остеотомия подвздошных костей по Солтеру приводила к мобильности дистальных фрагментов подвздошных костей вместе с вертлужными впадинами и лонными костями. Производилось выделение тела лонных костей, формирование подвижных кожно-подкожно-фасциальных лоскутов передней брюшной стенки с выделением и мобилизацией прямых мышц живота. Дистальные фрагменты подвздошных костей ротировали вовнутрь и книзу, а в лонные кости с обеих сторон вводили по направляющему винту, которые использовали затем для формирования лонного синостоза и фиксации в сближенном и повернутом вовнутрь положении специальной пластиной оригинальной конструкции. Фрагменты подвздошных костей фиксировали в новом положении спицами трансоссально. Иммобилизацию после вмешательства осуществляли в гамаке в положении «лягушки» с манжеточным вытяжением за нижние конечности. Спицы удаляли через 5 – 6 недель после вмешательства. Вертикализировали больных с помощью костылей через 2,5 – 3 месяца после операции. Использование остеотомии таза позволяет восстановить топографо-анатомические соотношения урогенитальной диафрагмы и мышц тазового дна, что способствует удержанию мочи и кала, и тем самым способствует социальной реабилитации больных. Ортопедический этап хирургической реабилитации детей с ЭМП ключ не только

к успешному проведению урологических вмешательств, но и профилактика нарушения походки за счет устранения наружной ротации нижних конечностей и нормализации позвоночно-бедренного баланса.

Выводы:

1. Эффективное выполнение урологических или реконструктивно-пластических вмешательств при ЭМП невозможно без устранения диастаза лонных костей с формированием лонного синостоза путем одномоментной двусторонней остеотомии таза по Солтеру.

2. Устранение наружной ротации нижних конечностей и нормализация позвоночнобедренного баланса является профилактикой нарушения походки в последующем.

3. Восстановление топографо-анатомических соотношений урогенитальной диафрагмы и мышц тазового дна после двусторонней остеотомии по Солтеру способствует удержанию мочи и кала, и тем самым способствует социальной реабилитации больных.