

стальные и органические нарушения уродинамики верхней чашечки с исходом в дивертикул чашечки, синдром Фраleyа.

4. Поскольку лица с синдромом верхней чашечки весьма предрасположены к пиелонефриту, они должны находиться под регулярным врачебным наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болгарский И. С. Урол. и нефрол., 1967, 3. — 2. Джавад-Заде М. Д., Шимкус Э. М. Хирургия аномалий почек. Азербайджанское гос. изд-во, Баку, 1977. — 3. Ермолин В. Н. Аномалии мочеполовой системы у детей. Автореф. канд. дисс., М., 1964. — 4. Мыш В. М. Хронический болевой нефрит без изменений в моче и с таковыми. Томск, 1916; Клинические лекции по урологии, 2 изд. М., Биомедгиз, 1936. — 5. Плисан С. О., Крылов В. П. Урол. и нефрол., 1974, 6. — 6. Пытель А. Я. а) Вестн. рентгенол. и радиол., 1954, 2; б) Рентгенодиагностика урологических заболеваний. М., Медицина, 1966. — 7. Пытель Ю. А., Золотарев И. И. Урол. и нефрол., 1974, 4. — 8. Пытель А. Я., Пугачев А. Г. Очерки по детской урологии. М., Медицина, 1977. — 9. Стогов В. А. В кн.: Сб. трудов Новосибирского ГИДУВа и мединститута. Новосибирск, 1942, т. 19. — 10. Benz G., Willich E. Fortschr. Röntgenstr., 1974, 121, 4. — 11. Deruyck P. J. Belge d'Urol., 1953, 21, 145. — 12. De Gironcoli F. а) Urologia (Treviso), 1946, 18, 108; б) In: XL Congr. Soc. Ital. Urologia, Tipografia Giuntina, Firenze, 1967. — 13. Fraley E. E. J. Urol. (Baltimore), 1967, 98, 1; 1969, 101, 2. — 14. Fryczkowski M., Zaluczowski K., Kobierska-Szczepanska A., Rawski W. Internat. Urol. Nephrol., 1978, 10, 2. — 15. Johnston J. H., Sandomirsky S. K. J. pediatr. Surg., 1972, 7, 318. — 16. Koyanagi T., Takamatsu T. а. о. Internat. Urol. Nephrol., 1978, 10, 4. — 17. Middleton A. W., Pfister R. C. J. Urol. (Baltimore), 1974, 111, 1. — 18. Puigvert A. Arch. Espan. Urol., 1966, 19, 101. — 19. Ransley P. G. Urol. Res., 1977, 5, 2. — 20. Rusiewicz E., Reilly B. J. J. Canad. Ass. Radiol., 1968, 19, 179. — 21. Vespi gnani L. Ann. Radiol. Diagn., 1951, 23, 55.

Поступила 14 ноября 1978 г.

УДК 616.62—008.222/223—053.2:616.66—007.25—089

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЭПИСПАДИИ

Н. Е. Савченко, Г. А. Бань, А. И. Борисевич

*Клиника урологии и оперативной нефрологии (зав.—акад. АН БССР
проф. Н. Е. Савченко) Минского медицинского института*

Реферат. Обобщен опыт оперативного лечения по методу В. М. Державина 27 детей, страдавших недержанием мочи в связи с тяжелыми формами эписпадии. Отдаленные исходы, изучены в сроки от 1 года до 5 лет. У 90% оперированных получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: эписпадия, операция Державина.

Библиография: 2 названия.

Планомерное развитие медицинской помощи детям в Белоруссии позволило уделить больше внимания хирургическому лечению ряда тяжелых врожденных аномалий развития. Эти возможности значительно возросли с открытием в составе урологической клиники Минского мединститута в 1974 г. детского отделения.

Клиническое течение болезни, связанной с недержанием мочи, создает ряд социальных проблем воспитательного и трудового характера. Поэтому эффективная коррекция порока в детском возрасте приобретает особое значение, так как позволяет ребенку в дальнейшем успешно посещать школу и расширяет возможности выбора профессии. Раннее оперативное лечение больных такими врожденными пороками развития, как эстрофия мочевого пузыря, гипоспадия, нейрогенный мочевого пузыря на почве спинномозговой грыжи, эктопия устья мочеточника, эписпадия, облегчает уход за ними, устраняет обусловленные этими аномалиями трудности социальной адаптации их в школьные годы и избавляет от чувства неполноценности в более зрелом возрасте, предотвращает развитие у них различных осложнений со стороны почек и мочевых путей.

Оперативное лечение детей, страдающих недержанием мочи, является сложной задачей в силу многообразия и тяжести аномалий развития, обычно являющихся его причиной. В последние годы мы отдаем предпочтение наиболее простым и физиологичным методам.

Для коррекции недержания мочи при тяжелых формах эписпадии в клинике в течение ряда лет применялась операция Юнга—Дееса, которая в ряде случаев приводила к стойким удовлетворительным результатам. Наблюдения в отдаленном периоде выявили ряд негативных сторон этой операции. Удержание мочи ухудшалось при физической нагрузке. Наиболее частым осложнением являлось развитие обструктивного процесса и вторичного пиелонефрита. Обструкция часто требовала последующих оперативных вмешательств на нижних мочевых путях. В конечном итоге нередко приходилось прибегать к пересадке мочеточников в кишечник.

Более детальное изучение этой проблемы выявило ряд новых обстоятельств. Было доказано, что для нормальной функции физиологического сфинктера мочевого пузыря обязательно соблюдение трех условий: сфинктер должен быть гладкомышечным; необходимо сформировать трубку длиной не менее 3—4 см; внутренний радиус трубки в состоянии покоя должен быть равен нулю. Удержание мочи вполне обходится без участия поперечнополосатых мышц и каких-либо специальных соединительнотканых образований [2]. Всем этим требованиям отвечает методика В. М. Державина. Она позволяет сформировать сфинктер мочевого пузыря из тканей, в анатомическом и функциональном отношении близких к естественным. Растущий организм в данном случае не вносит диспропорций в сформированный «рабочий элемент» сфинктера, так как методика свободна от искусственного создания механических порогов и рубцовых тяжей, подвергающихся впоследствии фиброзному перерождению и сморщиванию.

Мы предпочитаем выполнять эту операцию по достижении больными детьми 5—6-летнего возраста, когда они уже осознают свой дефект. Это очень важно для выработки в послеоперационном периоде рефлекса на мочеиспускание. Дети младшего возраста не всегда понимают, что от них требуется. Перенесение операции на более старший возраст лишает детей возможности посещать школу, что неблагоприятно сказывается на общем развитии ребенка.

В клинике оперировано 42 ребенка с тяжелыми формами эписпадии, в том числе по методу В. М. Державина—27 детей в возрасте от 2 до 15 лет (мальчиков 24, девочек 3). Отдаленные исходы изучены в сроки от 1 года до 5 лет. Хороший функциональный результат после однократного оперативного вмешательства достигнут у 18 детей. Дети ощущают позыв на мочеиспускание, свободно мочатся, мочу удерживают более 3—4 ч.

Удовлетворительный результат получен у одного мальчика и у одной девочки. Полное удержание мочи у них отмечается в течение 1—2 ч. Более редкое мочеиспускание приводит к неудержанию мочи. Регулярное опорожнение мочевого пузыря и в этих случаях обеспечивает приемлемую адаптацию ребенка.

Повторно оперировано 7 детей в связи с недержанием мочи. 4 из них до этого были подвергнуты хирургической коррекции шейки мочевого пузыря в других лечебных учреждениях и 3—операции по методу В. М. Державина в первые годы освоения метода. Всем детям этой группы повторно выполнена операция В. М. Державина, которая оказалась эффективной у 5 больных. У 2 детей—одного мальчика и одной девочки—и повторная операция была безуспешной.

Благоприятный исход повторных операций рассматривается нами как достоинство методики.

Как показал анализ неудовлетворительных результатов данной операции, они являются следствием того, что не удалось в должной мере сузить гофрирующими швами шейку мочевого пузыря на достаточном протяжении. Это в равной мере относится и к неудачам повторных операций. Существует объективная трудность в оценке степени натяжения тканей гофрируемой шейки мочевого пузыря на операционном столе. Определение герметичности сформированного сфинктера путем наполнения мочевого пузыря через предварительно введенный тонкий катетер не всегда дает представление о реальном состоянии тканей.

Из осложнений следует отметить острый пиелонефрит в ближайшем послеоперационном периоде, связанный, вероятно, с отеком шейки мочевого пузыря и затруднением оттока мочи. Противовоспалительная терапия во всех случаях была эффективной. Лихорадка быстро исчезала, осадок мочи нормализовался. Только у 2 больных лейкоцитурия сохраняется в течение 3 лет, хотя других признаков пиелонефрита не наблюдается. Экскреторные урограммы, выполненные у этих больных, обнаружили затруднение оттока мочи по одному из мочеточников. Это создает условия для поддержания хронического пиелонефрита.

При сопоставлении цистограмм обращает на себя внимание отсутствие в послеоперационном периоде симптома «языка»; шейка мочевого пузыря приобретает близкий к нормальному вид. Характерным является ее удлинение и сужение просвета. Эти

признаки подтверждают возможность создания необходимых условий для удержания мочи при операциях по методу В. М. Державина.

У 1 ребенка повторное вмешательство осложнилось надлобковым мочевым свищем. Стенка мочевого пузыря при эписпадии всегда тоньше обычной, и возможность ее повреждения значительна. Было проведено консервативное лечение, свищ зажил в течение 1 мес. Ребенок выписан с хорошим функциональным результатом.

Таким образом, операция В. М. Державина, заключающаяся в восстановлении сфинктера мочевого пузыря за счет мышц мочепузырного треугольника, позволяет создать у больных тяжелыми формами эписпадии полноценный запирательный механизм для мочи. Операция сравнительно проста, физиологична и наиболее приемлема для коррекции этого тяжелого порока. Рецидивов недержания мочи в отдаленном периоде наблюдения нами не обнаружено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Державин В. М. Оперативное лечение недержания мочи при тотальной эписпадии у детей. Автореф. докт. дисс., М., 1966. — 2. Lapides J. J. Urol., 1958, 80, 341; 1964, 91, 58.

Поступила 31 января 1979 г.

УДК 616.61—002.3 : 616.12—008.331.1

ЛОКАЛЬНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И ЕГО РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ю. А. Пытель, И. И. Золотарев, В. В. Борисов

Урологическая клиника (зав.— проф Ю. А. Пытель) 1-го Московского медицинского института им. И. М. Сеченова

Реферат. Проведен анализ клинических наблюдений за 16 больными с локальными нарушениями кровообращения в почке, у 14 из которых была тяжелая артериальная гипертония. У 10 больных обнаружены различные формы аномалий почечного кровообращения. Наиболее полезную информацию в обследовании этих больных дает комплексное ангиографическое исследование. Выявляемые с его помощью признаки локального пиелонефрита, а также тяжелые пролиферативно-склеротические изменения в этой зоне, подтвержденные морфологическими данными, позволяют считать резекцию почки операцией выбора в лечении этих больных.

Ключевые слова: локальный пиелонефрит, артериальная гипертония, оперативное лечение.

2 иллюстрации. Библиография: 5 названий.

Широкое внедрение в практику метода прижизненной визуализации почечного кровообращения открыло новые перспективы в диагностике заболеваний почек и почечных сосудов. Большинство патологических процессов воспалительного и склеротического характера, протекающих в паренхиме почки и почечных сосудах, нередко осложняется артериальной гипертонией, возникновение, развитие и тяжесть которой находятся в прямой зависимости от степени нарушений кровообращения в почке. При этом наиболее часто приходится сталкиваться с органическими нарушениями, следствием которых является сморщивание почки. В отличие от них локальные изменения кровообращения и локальные проявления пиелонефрита в почке диагностируются редко [1b].

Анализ клинического течения болезни, результатов рентгенологического обследования и морфологического исследования почек больных пиелонефритом убедил нас в том, что ранее существовавшие представления о пиелонефрите как очаговом поражении всей паренхимы почки требуют сегодня пересмотра. Пиелонефрит может иметь строгую локализацию в одной из частей почки при сохраненной «здоровой» остальной паренхиме. Об этом свидетельствуют данные сравнительного морфологического исследования ткани резецированной и «здоровой» части почки, полученной при операциях по поводу локального пиелонефрита (рис. 1).

В патогенезе так называемого локального пиелонефрита значительная роль принадлежит особенностям сосудистой архитектоники почки, обуславливающим неблагоприятное кровоснабжение одной из зон паренхимы ввиду несоответствия притока и оттока крови. Оно может проявляться недостаточным притоком артериальной крови и развитием относительного флестоза в этой зоне, избыточным поступлением крови по артерии, когда данная зона как бы «захлебывается» в избыточно поступающей