

О.В. Щокін

Спосіб хірургічного відновлення цілісності тазового кільця у дітей з екстрофією сечового міхура

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: тазове кільце, екстрофія сечового міхура, діти, хірургічне лікування.

Розсічення задніх і міжкісткових клубово-крижових зв'язок з обох сторін при екстрофії сечового міхура замість остеотомії клубових кісток дозволяє легко ліквідувати великий діастаз між лобковими кістками, здійснити їх остеосинтез, нормалізувати розташування тазостегнових суглобів, а також дає можливість виконати пластику сечового міхура. При цьому не виникає кровотечі, оскільки зв'язки є майже безсудинною тканиною, не виникає прорізування або пошкодження лігатур на місці остеосинтезу лобкових кісток. У такий спосіб прооперовано 3 дітей віком від 3 тижнів до 1 року. Ускладнень не було.

Способ хирургического восстановления целостности тазового кольца у детей с экстрофией мочевого пузыря

О.В. Щекин

Рассечение задних и межкостных крестцово-подвздошных связок с обеих сторон при экстрофии мочевого пузыря вместо остеотомии подвздошных костей позволяет легко ликвидировать большой диастаз между лонными костями, осуществить их остеосинтез, нормализовать расположение тазобедренных суставов, а также дает возможность осуществить пластику мочевого пузыря. При этом не возникает кровотечения, поскольку связки являются практически бессосудистой тканью, не возникает прорезание или повреждение лигатур на месте остеосинтеза лобковых костей. Таким способом прооперированы 3 детей в возрасте от 3 недель до 1 года. Осложнений не было.

Ключевые слова: тазовое кольцо, экстрофия мочевого пузыря, дети, хирургическое лечение.**Патология.** – 2013. – №1 (27). – С. 95–96

Method of surgical reconstruction of pelvic ring continuity in children with extrophy of bladder

O.V. Shchekin

Dissection of back and interosseous sacroiliac ligaments from both sides in children with extrophy of bladder instead of osteotomy of iliac bones allows easily liquidate large diastasis between pubic bones, to perform osteosynthesis, to normalize the location of hip joints and to realize bladder plastic. Besides bleeding does not arise, as ligaments have not blood vessels, and cutting or damage of ligatures do not take place in the area of pubic bones osteosynthesis. 3 children aged from 3 weeks to 1 year are operated according to this method. Complications were not present.

Key words: pelvic ring, extrophy of bladder, children, surgical treatment.**Pathologia.** 2013; №1 (27): 95–96

Екстрофію сечового міхура визначають досить рідко (1 на 10000–40000 живих новонароджених), але ця вада є дуже тяжким і складним для лікування захворюванням [3,4,6,7]. Можливе лише хірургічне лікування, що, звичайно, складається з кількох етапів [2–4,6–8]. При екстрофії сечового міхура усунення діастазу між прямими м'язами і реконструкція сечового міхура та уретри можливе лише після усунення діастазу лобкових кісток. Відновлення цілісності тазового кільця до сьогодні виконують за допомогою зведення лобкових кісток без остеотомії, з остеотомією лобкових кісток (передня остеотомія), остеотомії клубових кісток (задня остеотомія) з наступним зведенням та остеосинтезом лобкових кісток за допомогою накладання трансосальних лігатур з різного матеріалу або металевих конструкцій впритул до пристроїв компресійно-дистракційного остеосинтезу [2–4,6–8]. Однак зведення лобкових кісток без остеотомії можливе лише у перші години після народження та за умови діастазу між лобковими кістками менше 0,04 м, що трапляється менш ніж у 1/3 хворих [2–4]. Передня остеотомія тазу також можлива лише при невеликому діастазі. Задня остеотомія занадто травматична, супроводжується значною кровотечею з клубових

кісток і навіть пошкодженням верхньої сідничної артерії. Загальна кількість ускладнень при використанні цих традиційних методів досягає 61%, хоча розриви проволоки, що стягує лобкові кістки, більш ніж через 2,5 місяці після операції не враховуються як ускладнення. Позитивним вважається результат, що дозволяє скоротити міжлобковий діастаз у двічі чи більше [2]. Все це зумовлює необхідність розробки нових способів оперативного відновлення цілісності тазового кільця у дітей з екстрофією сечового міхура з метою зниження травматичності та зменшення кількості ускладнень та операційного ризику.

Мета роботи

Ознайомити широке коло практичних лікарів – дитячих урологів, хірургів та ортопедів – з новим, значно менш травматичним способом відновлення цілісності тазового кільця при екстрофії сечового міхура.

Пацієнти і методи дослідження

Запропоновано новий спосіб хірургічного відновлення цілісності тазового кільця при екстрофії сечового міхура шляхом виконання лігаментотомії задніх і міжкісткових клубово-крижових зв'язок замість проведення задньої

остеотомії клубових кісток, що здійснюється у такий спосіб. Положення хворого на животі. Після розсічення шкіри, підшкірної клітковини над проекцією клубово-крижового суглобу розсікають короткі та довгі задні клубово-крижові зв'язки, а потім міжкісткові. Після досягнення можливості рухів у клубово-крижовому суглобі подальше розсічення зв'язок припиняється. Передні клубово-крижові зв'язки залишаються нерозсіченими. Аналогічну операцію проводять з іншого боку. Рани зашивають, перевертають хворого на спину, зводять лобкові кістки та синтезують їх за допомогою трансосальних швів з синтетичного матеріалу. Після цього проводять пластику сечового міхура та сфінктера. За таким методом у клініці прооперовано 3 дітей віком від 3 тижнів до 1 року.

Наводимо власний досвід. Дитина П., яка народилась 04.10.10 р., переведена з 3-го пологового будинку м. Запоріжжя до відділення реанімації новонароджених 5-ї міської багатопрофільної дитячої клінічної лікарні м. Запоріжжя 05.10.2010 р. з діагнозом екстрофія сечового міхура. На рентгенограмі тазу від 05.10.2010 р. у передньо-задній проекції діастаз між лобковими кістками 0,09 м.

Після обстеження дитини та проведення консервативного лікування супутніх захворювань і передопераційної підготовки 26.10.2010 р. виконано оперативне втручання запропонованим способом. Зокрема, після обробки операційного поля виконано розсічення шкіри, підшкірної клітковини над проекцією правого клубово-крижового суглоба. Розсічено короткі та довгі задні клубово-крижові зв'язки, а потім міжкісткові. Після досягнення можливості рухів у клубово-крижовому суглобі подальше розсічення зв'язок припинено. Аналогічну операцію виконали зліва, рани зашито «вікрилом». Після перевертання дитини на спину та обробки операційного поля без зусиль звели лобкові кістки та з'єднали їх за допомогою двох трансосальних швів з товстої лавсанової нитки. Після цього виконали пластику сечового міхура та сфінктера. Етап операції, що включав лігаментотомію клубово-крижових суглобів, зашивання ран та остеосинтез лобкових кісток зайняв 25 хвилин та не супроводжувався крововтратою, оскільки зв'язки є безсудинною тканиною. На контрольній рентгенограмі проміжок між лобковими кістками становить 0,01 м. Ускладнень в післяопераційному періоді не було. Надалі виконано оперативне лікування епіспадії. Дитина ходить самостійно з 1 року, не шкунтильгає.

Результати та їх обговорення

Розсічення задніх і міжкісткових клубово-крижових зв'язок з обох сторін дозволяє легко, без напруження

звести лобкові кістки одна з іншою, ліквідувати діастаз між ними, здійснити їх остеосинтез, нормалізувати розташування тазостегнових суглобів, а також дає можливість здійснити зведення прямих м'язів живота, пластику сечового міхура, сфінктера. При цьому зміщення тазових кісток в проксимальному напрямку не виникає завдяки переднім клубово-крижовим та іншим нерозсіченим зв'язкам. Також не виникає деструкції лобкових кісток, прорізання та розриву трансосальних швів. Крім того, при виконанні лігаментотомії, на відміну від остеотомії, зовсім не виникає кровотечі, оскільки зв'язки, які розсікаються, є практично безсудинною тканиною. При такому способі оперативного відновлення цілісності тазового кільця також практично не існує загрози пошкодження магістральних внутрішньотазових і сідничних судин, що трапляються при виконанні остеотомії клубових кісток.

Висновки

Травматичність і ризик виникнення ускладнень запропонованого способу відновлення цілісності тазового кільця значно менші ніж при традиційних способах.

Запропонований спосіб відновлення цілісності тазового кільця дозволяє скоротити час і ризики оперативного втручання та досягнути повної ліквідації діастазу між лобковими кістками у дітей молодшого віку, що, в свою чергу, дозволить розширити показання до найбільш фізіологічної операції – пластики сечового міхура місцевими тканинами.

Список літератури

1. *Аверин В.И.* Роль остеотомии тазового кольца в хирургическом лечении экстрофии мочевого пузыря / Аверин В.И., Соколовский А.М., Гассиев Н.И., Соколовский О.А. // *Детская хирургия.* – 2001. – №3. – С. 12–14.
2. *Козлов А.С.* Методы устранения диастаза лонных костей при экстрофии мочевого пузыря у детей / Козлов А.С., Николаев В.В., Кузнецких У.П. и др. // *Детская хирургия.* – 2006. – №6. – С. 22–25.
3. *Люлько О.В.* Урология: підручник / О.В. Люлько, О.Ф. Возіанов – К.: ВСВ, «Медицина», 2011. – 664 с.
4. *Оперативная урология: Руководство* / Под ред. Н.А. Лопаткина, И.П. Шведова. – Л.: Медицина, 1986. – 480 с.
5. Пат. на корисну модель № 71217 МПК А 61 В 17/56(2006.01). Спосіб оперативного відновлення цілісності тазового кільця у дітей з екстрофією сечового міхура / О.В. Щокін, UA; О.В. Щокін, UA – Заявл. 06/12.2011; Опубл. 10.07.2012; Бюл. №13.
6. *Резник М.И.* Секреты урологии / Резник М.И., Новик Э.К.; под ред. С.Х. Аль-Шукри. – СПб.: «Бином Москва, Невский диалект», 1998. – 348 с.
7. Урология / С.О. Возіанов, М.Р. Гжегоцький, О.В. Шуляк, Ю.С. Петришин, О.Г. Лиськовець, О.О. Строй. – Львів: «Світ», 2003. – 304 с.
8. Урология по Дональду Смиту / Под ред. Э. Танаго, Дж. Маканинча. – М.: «Практика», 2005. – 819 с.

Відомості про автора:

Щокін О.В., д. мед. н., професор каф. дитячої хірургії ЗДМУ.

Надійшла в редакцію 01.03.2013 р.