

УДК 616.62-089.844

ГАСТРОЦИСТОПЛАСТИКА ПРИ СПИНАЛЬНОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ**Султаналиев Т.А., Жумагазин Ж.Д., Сарсебеков Е.К.***Корпоративный фонд «УМС», Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, Астана, e-mail: zhumagazin_zh@mail.ru*

В статье рассматриваются проблемы лечения спинального мочевого пузыря, предлагается тактика хирургического лечения гастроцистопластикой. Приведено описание аугментации мочевого пузыря сегментом большой кривизны желудка с сохранением нервно-сосудистого пучка пациентке со спинальным мочевым пузырем после травмы позвоночника. Больная в течение продолжительного времени (10 лет) жила с постоянным уретральным катетером, в результате емкость мочевого пузыря уменьшилась до 50 см³, появлялись частые атаки пиелонефрита в результате рефлюкса в верхние мочевые пути. В анализах мочи отмечалась постоянная пиурия. В результате проведенной операции емкость мочевого пузыря увеличилась до 300 см³, атаки пиелонефрита не наблюдались, анализы мочи пришли в норму. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось частично, поэтому пациентка периодически несколько раз в сутки выводит мочу катетером самостоятельно.

Ключевые слова: нейрогенный мочевой пузырь, пластика мочевого пузыря, нарушение мочеиспускания, пиелонефрит, пластика мочевого пузыря сегментом большой кривизны желудка с сохраненным нервно-сосудистым пучком

GASTROCYSTOPLASTY FOR SPINAL BLADDER**Sultanaliev T.A., Zhumagazin Z.D., Sarsebekov E.K.***Corporate Fund «UMC», national research center of Oncology and Transplantology, Astana, e-mail: zhumagazin_zh@mail.ru*

The article discusses the treatment of spinal bladder, the proposed surgical treatment of gastrocystoplasty. The description of urinary bladder augmentation with a segment of the greater curvature of the stomach with preservation of the neurovascular bundle the patient with spinal bladder after a spinal injury. Sick for a long time – 10 years, lived with a permanent urethral catheter, the bladder capacity was reduced to 50 cm³, there was frequent attacks of pyelonephritis as a result of the reflux in the upper urinary tract. In urinalysis observed constant pyuria. The result of the operation the bladder capacity increased to 300 cm³, the attacks of pyelonephritis were observed, the urine returned to normal. Self urination recovered partially, so the patient periodically several times a day removes urine independently of the catheter.

Keywords: plastics, neurogenic bladder, urination disorder

Как известно, спинальный мочевой пузырь (СМП) может возникать при всех формах нарушения спинальной иннервации мочевого пузыря. Чаще всего эта патология мочевого пузыря связана с нарушением ее функций, возникающим преимущественно после травмы спинного мозга или волокон «конского хвоста». Особенностью урологической специализированной медицинской помощи при травме спинного мозга является то, что необходимость в ней возникает сразу после травмы и не исчезает практически до конца жизни больных. В течение всей жизни больных, несмотря на лечение, сохраняется тенденция к прогрессированию, обострению процесса. Эта опасность всегда сопутствует больным, она становится главной и постоянной. Больные живут в условиях сформировавшейся формы СМП. При рефлексном мочевом пузыре достигается самостоятельное, полупроизвольное мочеиспускание, но при этом не обеспечивается полное адекватное опорожнение мочи. Динамика рефлекса часто во времени отрицательная и постепенно затухает. Вследствие этого в пузыре накапливается остаточная моча, которая способствует возникновению

таких осложнений, как циститы, пиелонефриты, камни почек и мочевого пузыря. При атоничных, арефлекторных формах опасность значительно выше. Моча в условиях застоя быстро ощелачивается, возникает щелочные циститы, а атония мочеточников и пузырно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы приводят к развитию восходящих хронических пиелонефритов, склонных к хроническому рецидивирующему течению. Хронические дегенеративно-дистрофические изменения в стенке мочевого пузыря у спинальных больных со временем приводят к нарушениям ее накопительной функции при нарушенной эвакуации мочи.

Еще в XX веке был предложен ряд устройств для опорожнения арефлекторного, атоничного мочевого пузыря путем электростимуляции, а также оперативные методы реинервации мышцами передней брюшной стенки, илеоцистопластики, которые не оправдали надежд попытки патогенетического лечения СМП [1,2,3].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения СМП путем использования сегмента большой кривизны желудка для увеличения накопительной функции

мочевого пузыря с реиннервацией веткой n.Vagus из желудочного комплекса для восстановления эвакуации мочи при СМП. Подобный вид пластики обладает определенными преимуществами перед ранее применяемой илецистопластикой: значительное уменьшение реабсорбции электролитов и секреция хлоридов желудочной стенкой снимают проблему гиперхлоремического ацидоза, поэтому данный вид операции показан для больных СМП с почечной недостаточностью. Кислая среда в искусственном мочевом пузыре за счет гастрина, который секретирует слизистая сегмента желудка, является барьером для развития инфекционных процессов. Не нарушается всасывание в сохраненной тонкой кишке питательных веществ, витаминов, других ферментов, которое присутствует после илеоцистопластических операций.

Материалы и методы исследования.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пациентка 30 лет, у которой 10 лет назад в результате травмы позвоночного столба с повреждением спинного мозга на уровне L II–L IV возникли осложнения: полная нижняя параплегия,

дисфункция тазовых органов, СМП. В течение всего времени после травмы моча выводилась постоянным уретральным катетером. При поступлении в стационар у больной объем мочевого пузыря 50 мл, отмечаются атаки пиелонефрита (при ретроградной цистогрфии имеется пузырно-мочеточниковый рефлюкс). В анализах мочи лейкоциты в большом количестве, реакция мочи – щелочная. На экскреторных урограммах 10-, 20-, 45-минутных исследований концентрационная, эвакуационная функции почек не нарушены. Общий анализ крови, биохимические показатели крови, функциональные показатели сердечно-сосудистой системы без патологических изменений.

В связи с нарушением накопительной и эвакуаторной функции мочевого пузыря, наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса и обострениями хронического пиелонефрита больной выполнена операция – гастростопластика сегментом большой кривизны желудка с сохраненным сосудисто-нервным пучком из ветви n.Vagus и a.Gastroepiploica dextra (предварительный патент на изобретение № 16758) (рис. 1).

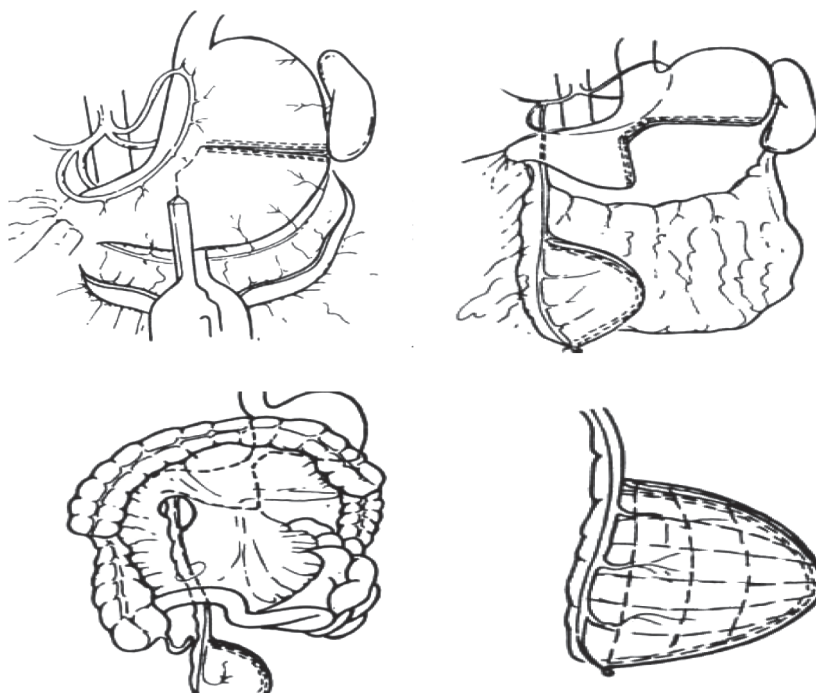


Рис. 1. Схемы аутоотрансплантации сегментом желудка

Техника операции: лапаротомия. Вскрыта сальниковая сумка, проведена мобилизация желудка (рис. 2). Выкроен треугольный сегмент с основанием длиной 10–15 см, располагающимся на большой кривизне желудка. Выделены правые желудочно-сальниковые артерия и вена до места их соединения с гастродуоденальными сосудами с максимальным сохранением ветвей *p.vagus*. (рис. 3). Реконструирована оставшаяся часть желудка однорядными швами. Резерцированный желудочный сегмент на образовавшейся длинной сосудисто-нервной ножке проведен через отверстие мезаколон и брыжейке тонкой

кишки и опущен в малый таз без видимого натяжения (рис. 4). Мобилизованны и пересечены оба мочеточника в нижней трети, вскрыт мочевого пузыря в области верхушки. Мочеточники имплантированы в созданный сегмент желудка по антирефлюксной методике на силиконовых интубаторах. Выполнен анастомоз между сегментом желудка и мочевым пузырем (рис. 5). В сформированный резервуар по уретре установлен катетер. Через 12 дней выполнена ретроградная цистография, затеков вне нет, емкость созданного резервуара 500 мл, рефлюксы в верхние мочевые пути отсутствуют.

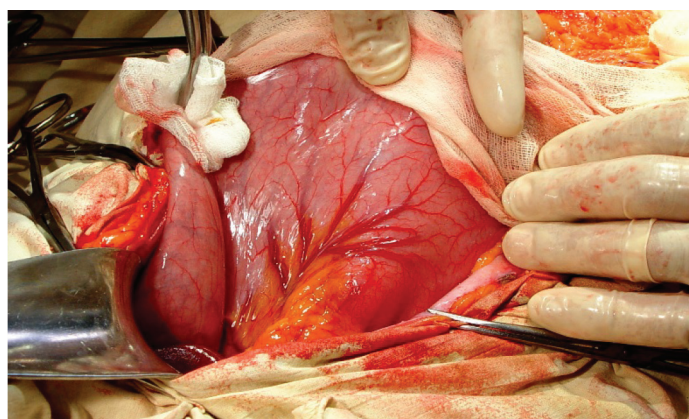


Рис. 2. Сосудистая архитектура большой кривизны желудка

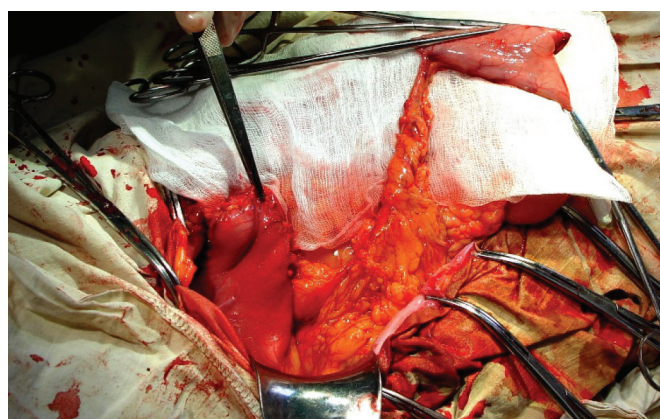


Рис. 3. Резецированный сегмент большой кривизны желудка на нервно-сосудистой ножке

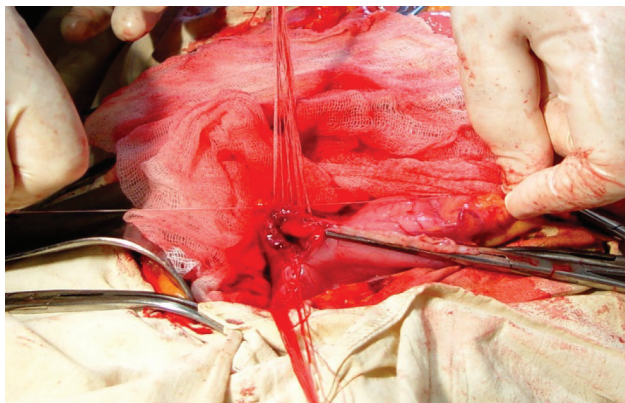


Рис. 4. Анастомоз между трансплантатом из сегмента большой кривизны желудка и мочевым пузырем



Рис. 5. Общая картина гастроцистопластики с двусторонним анастомозом с мочеточниками

Больная выписана из стационара через 12 дней после операции с рекомендацией самостоятельно выводить мочу катетером не менее 5 раз за сутки. Контрольный осмотр через 6 месяцев показал: слабое чувство накопления мочевого пузыря моча выводится самостоятельно катетером 4–5 раз в сутки в количестве в среднем по 250–350 мл. В течение семи лет наблюдения за пациенткой с СМП после гастроцистопластики: признаков пиелонефрита, цистита нет, анализы мочи, крови в пределах нормы. Моча выводится пациенткой катетером. Попытка восстановления самостоятельного мочеиспускания: при слабых чувствах накопления мочи при напряжении живота моча вытекает самопроизвольно с наличием остаточной мочи до 200 мл.

Заключение

Выполненная гастроцистопластика при СМП позволила увеличить объем и тем самым его накопительную функцию, частично восстановить эвакуаторную функцию мочевого пузыря, ликвидировать инфицирование мочевыводящих путей и в общем улучшить качество жизни больной.

Список литературы

1. Дыхно Ю.А., Лившиц А.В. Кишечная пластика мочевого пузыря в сочетании с электростимуляцией трансплантата при травматической болезни спинного мозга // Урология и нефрология. – 1980. – № 32. – С.17–22.
2. Hauri D. Can gastric pouch as orthotopic bladder replacement be used in adults? // J. Urol. – 1996. – Vol. 156, № 3. – P. 931–935.
3. Жумагазин Ж.Д., Султаналиев Т.А., Акшулаков С.К., Шалекенов Б.У. Способ аутотрансплантации мочевого пузыря: Предварительный патент №16758 на изобретение. 15.11.2005.