

плодов с данной формой 5 были элиминированы. Оставшиеся 5 сразу после родов имели уродинамические признаки диссинергического мочеиспускания с большим остаточным объемом мочевого пузыря (до 25–30 мл).

Применение исследования уродинамики плода при спинномозговых грыжах в случае запоздалой диагностики (после достижения им периода жизнеспособности) позволяет сформировать группы диспансерного наблюдения, обосновывающие проведение своевременной постнатальной коррекции пороков на доклиническом этапе.

### **Опыт лечения экстрофийных пороков развития**

*Рашитов Л. Ф., Ахунзянов А. А., Закирова А. М.*

Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Росздрава", г. Казань.

**Введение.** Экстрофийные пороки развития (ЭПР) — экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) и экстрофия клоаки (ЭК) являются наиболее тяжелыми пороками развития мочевыводящей системы, и встречаются в одном случае на 40–50 тысяч новорождённых (Осипов И. Б., 1996, Kajbafzadeh A. M., 2005). Разработанные методы хирургического лечения и внедрение в клиническую практику новых принципов консервативной терапии позволили значительно снизить летальность при этой патологии, однако число неудовлетворительных результатов и послеоперационных осложнений по-прежнему остаются высокими (Казачков С. А., 1990, Chisholm T. C., 1980).

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 49 больных с ЭПР [классическая ЭМП — 45 (91,8%), ЭК — 4 (8,2%)]. Мальчики составили 65,31% (32), девочки — 34,69% (17). Хирургические вмешательства выполнялись в 3 этапа: операции предварительного этапа (38,2%), основного этапа (51,7%), оперативное лечение осложнений (10,1%). Большое разнообразие анатомо-функциональных форм ЭПР определяет различную тактику хирургического лечения. Если основные компоненты порока устраняются в ходе первичной хирургической коррекции, то некоторые из них (эписпадия, микроцистис, недержание мочи) требуют дополнительных вмешательств на более отдалённых сроках. Их мы рассматриваем как остаточные явления основного заболевания, и не относим к осложнениям. Операции предварительного этапа потребовались по поводу сопутствующих хирургических заболеваний или неотложных состояний, затрудняющих выполнение основного этапа хирургической коррекции ЭМП. РПО у детей с ЭМП (основной этап) выполнялись с учётом индивидуальных особенностей порока. Основной целью хирургического лечения являлось создание резервуара для мочи достаточной ёмкости, обеспечивающего нормальную функцию верхних мочевыводящих путей и произвольную эвакуацию мочи без признаков задержки или недержания. Исходя из этого определяли способ, объём составляющих элементов РПО. Показаниями к операции были небольшой дефект передней брюшной стенки, достаточный размер ЭМП и хорошее состояние слизистых оболочек. Однако, при малых размерах ЭМП, классические операции по Swenson-Баирову недостаточно эффективны. У таких больных чаще прибегают к экстирпации МП с отведением мочи в кишечник (Осипов И. Б., 1996). Поэтому им были применены разработанные в клинике методы РПО, позволяющие выполнить цистопластику при малых размерах экстрофии. Основным этапом хирургической коррекции ЭМП состоял из РПО и первичного отведения мочи в кишечник, и включал хирургические вмешательства по устранению остаточных явлений порока на отдалённых сроках (пластика уретры и полового члена, гидролилатация и укрепление шейки МП). У 8 больных были строгие клинические показания к отведению мочи в кишечник. Вторичное отведение мочи в кишечник по Михельсону осуществлялось у 3 больных при микроцистис вследствие миелодисплазии (2