

онная цистография: ПМР 1-й степени слева. При изотопном исследовании: снижение количества функционирующей паренхимы верхнего сегмента левой почки.

**Вывод.** Наибольшую значимость имели рентгеноконтрастные и эндоскопические методы обследования, позволившие диагностировать по-

рок и классифицировать утроение почки, как тип b по Smith. Малоинвазивная декомпрессия и последующее сокращение полости уретероцеле привели к снижению степени рефлюкса и прекращению недержания мочи, что позволило избежать геминефроуретерэктомии и антирефлюксной операции.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТИНЕНТНОЙ АППЕНДИКОВЕЗИКОСТОМИИ У ДЕТЕЙ

© *И.Б. Осипов, С.А. Сарычев, Д.Е. Красильников*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

**Введение.** Методику Митрофанова для формирования континентной аппендиковезикутанеостомии используют для обеспечения свободной периодической катетеризации мочевого пузыря у различных групп пациентов с хронической задержкой мочи. Правильно функционирующая континентная аппендиковезикостома облегчает уход за пациентом и способствует достижению контроля над мочеиспусканием. Осложнения, связанные с аппендиковезикостомией, напротив, приводят к ухудшению качества жизни. Крайне важно знать меры профилактики и способы коррекции этих осложнений.

**Материалы и методы.** В клинике детской урологии СПбГПМУ с 2003 по 2018 г. аппендиковезикостомия произведена у 52 детей с экстрофией-эписпадией, у 40 с миелодисплазией и у 8 с другими заболеваниями (травма уретры, атрезия ануса, урогенитальный синус, миелопатия, рабдомиосаркома мочевого пузыря). Осложнения зафиксированы у 49 пациентов, структура представлена следующим образом: стеноз кожного отдела стомы — 38 %, нарушения проходимости в самом аппендиксе — 3 %, трансстомическая инконтиненция — 15 %, пролапс или грануляции слизистой — 3 %. Во всех случаях осложнения были устранены хирургическим путем. VQZ-реконструкция аппендикутанеостомы выполнена в 36 случаях, лазерное рассечение зоны стеноза или грануляций — в 15, внутрипузырное удлинение аппендиковезикостомы — в 4, введение объемного агента ДАМ+ — в 15 случаях.

**Результаты.** Лазерное рассечение с последующим бужированием стенозированного аппендикутанеостомы имело стойкий успех у 5 из

15 больных. VQZ-реконструкция аппендиковезикутанеостомы во всех случаях была успешной, хотя у 2 пациентов выполнялась дважды. Эта методика оказалась одинаково эффективна как при стенозах, так и пролапсах кожного конца стомы. Наиболее трудоемким процессом являлась коррекция трансстомической инконтиненции. Эндоскопическое лечение, в том числе повторное, оказалось эффективным в 5 из 15 случаев. Десяти пациентам потребовались открытые операции. В 2 из 4 случаев внутрипузырное удлинение аппендиковезикостомы было успешным, в 1 — инконтиненция не купирована, в 1 — купирована, но возникли сложности с катетеризацией. В 6 случаях потребовалась коррекция емкости мочевого пузыря, у 3 детей фармакотерапия оказалась эффективной, у 3 — нет, им произведена кишечная аугментация мочевого пузыря. В 1 случае аппендиковезикостома заменена на энтероцистокутанеостому, в 1 — закрылась самопроизвольно.

**Выводы.** Каждый уролог, выполняющий операцию аппендиковезикостомии, должен быть готов к лечению ее осложнений. Наиболее частой, но и наиболее эффективно устранимой проблемой является стеноз аппендикутанеостомы. Наложение нециркулярного анастомоза между кожей и стенкой отростка является как лечением, так и профилактикой данного осложнения. Короткий аппендикс и малый объем мочевого пузыря предрасполагают к развитию трансстомической инконтиненции. В этом случае целесообразно направить лечение на фармакохирургическое увеличение емкости и удлинение подслизистого хода аппендиковезикостомы.