

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЦИСТОСТОМОЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

**Д.А.Шамсиев\*, Н.С.Ибодов, И.Г.Умонов, Ч.Т.Кавраков**

**\*Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;**

**Национальный медицинский центр**

**Республики Таджикистан**

**В статье представлены результаты исследования метода тренировки мочевого пузыря у 59 больных с надлобковым мочепузырным дренажом. Основным методом ведения больных с эпицистостомой является пассивная эвакуация мочи. Тренировка накопительной функции мочевого пузыря заключается в пережатии цистостомического дренажа до возникновения позыва на мочеиспускание. При обследовании 41 пациента с цистостомой, установленной по поводу травмы нижних мочевых путей, выявлены различные виды осложнений. Малый мочевой пузырь был диагностирован у 10 пациентов. Восстановление нормального функционального состояния мочевого пузыря у пациентов с надлобковым мочепузырным дренажом влечёт за собой улучшение кровоснабжения, которое, в свою очередь, способствует снижению выраженности и частоты воспалительных процессов в стенке мочевого пузыря.**

**Ключевые слова:** эпицистостома, травма нижних мочевых путей, мочевой пузырь

**Актуальность.** Многочисленная категория пациентов, вынужденных длительное время пребывать с цистостомическим дренажом, это пациенты с травматическими повреждениями нижних мочевыводящих путей. Технический прогресс, продолжающиеся войны и теракты во всех уголках земли являются причиной всё увеличивающихся травм различных органов, в том числе и органов мочеполовой системы. В современных войнах ранения мочеполовых органов в сочетании с другими органами составляют 50-60%. В последние годы в результате ухудшения криминогенной ситуации значительно возросла частота как изолированных, так и сочетанных повреждений органов мочеполовой системы [1,2]. Так 43,9% пациентов с травмами мочеполовых органов подвергаются оперативному вмешательству, при этом разрывы мочевого пузыря составляют 12,8%. В 20,9% наблюдались сочетанные травмы мочеполовой системы и других органов. Большое количество травм при этом возникает в результате дорожно-транспортных происшествий. Многие больные, поступившие в различные клиники хирургического профиля, были жертвами дорожно-транспортных происшествий, 47,4% из них составляли пациенты трудоспособного возраста. Все эти пациенты были с различными повреждениями тазовых органов и уретры. В 32% повреждения уретры сочетались с переломами лобковых и седалищных костей. Основным методом лечения этой категории больных является первоначальное отведение мочи путем эпицистостомии. Последующие пластические операции иногда имеют неудовлетворительные результаты. В этих случаях количество пластических операций пациентов возрастает. Неудачные оперативные вмешательства вынуждают пациентов длительное время находиться с цистостомическим дренажом [3,4]. Традиционным методом ведения больных с эпицистостомой является пассивная эвакуация мочи посредством различных дренажных трубок, с неоднократными промываниями мочевого пузыря. При этом развивается состояние, трактуемое нами как «пассивный мочевой пузырь», при котором детрузор теряет свои основные функции:

способность накапливать и эвакуировать мочу. В «пассивном мочевом пузыре» редуцируется кровоснабжение, нарушается иннервация, что, в свою очередь, усугубляет течение воспалительного процесса как в самом пузыре, так и в паравезикальной клетчатке. Соответственно, учитывая вышеприведённые данные о патогенезе осложнений у больных с цистостомой, очень важно как можно раньше начать проводить их профилактику и лечение, не допустить необратимых морфо-функциональных изменений [5].

**Цель работы:** улучшение результатов лечения, повышение качества жизни и адаптация больных с эпицистостомой при травматических повреждениях нижних мочевых путей.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе отделения урологии и отделения сочетанной травмы Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2000 по 2010 год. Нами было проанализировано 59 случаев госпитализации пациентов с острой задержкой мочеиспускания. Мужчин было 57, женщин - 2. Все пациенты с цистостомическим дренажом, из которых 41 пациенту цистостомия выполнялась на фоне посттравматической стриктуры или облитерации уретры, 35 пациентам надлобковый мочепузырный дренаж был установлен в нашем стационаре, из них 24 пациентам цистостома установлена на фоне аденомы предстательной железы и рака простаты.

Все пациенты (общее число составляло 59 человек) с цистостомическим дренажом были в возрасте от 16 до 87 лет. Пациентам проводились необходимые исследования: общеклинические, лабораторные, инструментальные, бактериологические исследования мочи.

После проведения обследования пациентам проводилась тренировка основных функций мочевого пузыря. Больным с травмами уретры, которым на фоне острой задержки мочеиспускания была выполнена открытая цистостомия, начинали тренировку накопительной функции мочевого пузыря на 6-7 день после операции, а пациентам с троакарной цистостомией - на 3-е сутки. При хронической задержке мочеиспускания к тренировке мочевого пузыря приступали не ранее чем на 7-10 сутки при условии ощущения позыва на мочеиспускание.

Тренировка накопительной функции мочевого пузыря заключается в пережатии цистостомического дренажа до возникновения позыва на мочеиспускание. При возникновении позыва на мочеиспускание следует разжать дренаж и опорожнить мочевой пузырь, с определением объёма выделенной мочи. Через 7-10 дней после тренировки накопительной функции приступили к тренировке выделительной функции мочевого пузыря, которая заключается в имитации акта мочеиспускания через цистостомический дренаж.

Оценку функционального состояния детрузора производят с помощью функциональной пробы, при которой пациент пережимает цистостомический дренаж и с помощью ультразвукового исследования определяется объём мочи, при котором возникает позыв к мочеиспусканию. В последующем, при стабильном возникновении позыва и нормальном физиологическом объёме (250-300мл), пациенты приступают к тренировке выделительной функции мочевого пузыря. Проводимая тренировка мочевого пузыря у пациентов позволяет увеличить ёмкость мочевого пузыря с 50-100мл до физиологических значений 200-250 мл в различные сроки от 1 до 6 месяцев.

**Результаты и их обсуждение.** При обследовании 41 (64,5%) пациента с цистостомой, установленной у больных с травмой нижних мочевых путей, выявлены следующие осложнения: острый цистит, острый уретрит, обострение хронического простатита и пиелонефрита, атония мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, хроническая почечная недостаточность.

Острый уретрит и простатит определялся у 4 (6,7%) больных. Бактериальный цистит определялся у всех больных. Острый пиелонефрит был выявлен у 16 (27,1%) из обследованных. При этом атака пиелонефрита либо предшествовала, либо развивалась на фоне острой задержки мочеиспускания или при нефункционирующем дренаже была купирована консервативными мероприятиями.

Малый мочевой пузырь был диагностирован нами у 10 (16,9%) пациентов. Причиной этого состояния явился выраженный воспалительный процесс в мочевом пузыре. Такое грозное осложнение надлобкового дренирования мочевого пузыря, как сморщенный мочевой пузырь, приводящее к тяжёлой инвалидизации пациентов, было выявлено у 5 (8,5%) обследованных больных. Длительность дренирования пузыря этой группы больных составляла более 2 лет. Средний возраст этих пациентов был  $49 \pm 0,2$  лет.

Проанализировав осложнения, возникающие на разных сроках дренирования мочевого пузыря, с уверенностью можно говорить о необходимости раннего восстановления функциональных возможностей мочевого пузыря. При проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с цистостомическим дренажом, направленных на восстановление функционального состояния мочевого пузыря, выработаны основные показания и противопоказания к проведению подобных мероприятий.

Показанием к тренировке мочевого пузыря является длительное надлобковое дренирование.

Противопоказания к тренировке мочевого пузыря:

1. Пузырно-прямокишечные, уретропромежностные и др. свищи.
2. Острый воспалительный процесс мочевых путей.
3. Макрогематурия и уретрорагия.
4. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Тревогу у пациентов вызывает ожидание болевых приступов, обращение к врачу, невозможность перемещения на длительные расстояния и дискомфорт от наличия дренажных систем. При опросе больных отмечается снижение частоты возникновения боли, а также уменьшение частоты приёма анальгетиков и антибактериальных препаратов после проведения комплексных реабилитационных мероприятий с применением методики тренировки детрузорной активности мочевого пузыря. Всё это, безусловно, влияет на качество жизни пациентов и существенно повышает его.

Тренировка мочевого пузыря предпочтительнее рассматривать для пациентов как молодого, так и среднего возраста, ведущих активный образ жизни, продолжающих трудовую деятельность. Таким образом, восстановление нормального функционального состояния мочевого пузыря пациентов с надлобковым мочепузырным дренажом, влечёт за собой улучшение кровоснабжения, которое, в свою очередь, способствует снижению выраженности и частоты воспалительных процессов в стенке мочевого пузыря.

## Литература

1. Ткаченко Ю.Н. Улучшение качества жизни больных с надлобковым дренажом // IV Московская ассамблея «Здоровье столицы»/ Тезисы докладов. М. 2005. С.95-96
2. Головин П.Ю. Оптимизация лечения у больных с эпицистостомой // Матер. 2-й Всеросс. конф. «Мужское здоровье». М. 2005. С.39
3. Яненко Э.К., Ткаченко Ю.Н., Наумов А.Г. Эфферентные методы лечения больных аденомой предстательной железы с цистостомой // Материалы 3-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье»/. М.- 2006. С.91-92
4. Яненко Э.К., Ткаченко Ю.Н. Особенности лечения цистита у пациентов с цистостомическим дренажом//Всероссийская конференция с международным участием «Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов». М. 2007. С.35-39
5. Lopatkin N., Mudraya I., Tkachenko Yu. Bladder assessment by functional cystometry per a suprapubic catheter.// Eur.Urol.Meetings, Tampere, 14-15 September, 2007, P.50

**ХУЛОСА**  
**БАРҚАРОРСОЗИИ ВАЗОИФИИ МАСОНА ДАР БЕМОРОНИ**  
**ЭПИТЦИСТОСТОМА ГУЗОШТАШУДА ҲАНГОМИ**  
**САДАМАҲОИ ОСЕБИИ РОҲҲОИ ПОЁНИИ ПЕШОБРАВ**  
**Д.А.Шамсиев, Н.С.Ибодов, И.Г.Умонов, Ч.Т.Кавраков**

Дар мақола натиҷаҳои тадқиқоти усули тамрини масона дар 59 нафар бемор бо захкашаки болои қабукии пешобу масонай баррасӣ шудааст. Усули асосии нигоҳубини беморон бо эпителистостоме – ихроҷи нофаъоли пешоб мебошад. Машқи вазоифии пуршавии пешобдон дар фушурдани захкашаки систостомикӣ то пайдошавии хоҳиши ихроҷи пешобро дар бар мегирад. Ҳангоми муоинаи 41 нафар бемори систостоме гузошташуда, ки гирифтори осеби роҳҳои поёнии пешобрав мебошанд, оризаҳои гуногуни роҳҳои пешобрав ошкор карда шуданд. Масонаи хурд дар 10 нафар бемор таххис карда шуд. Барқарорсозии ҳолати вазоифии масонаи беморон тавассути чунин захкашак ба беҳтар шудани хунрасонӣ оварда мерасонад, ки дар навбати худ ба пастшавии возеҳӣ ва басомади равандҳои илтиҳобӣ дар давораи масона мусоидат менамояд.

**SUMMARY**  
**RESTORING BLADDER FUNCTION IN PATIENTS WITH EPICYSTOSTOMOY IN TRAUMATIC INJURIES OF THE LOWER URINARY TRACT**  
**D.A. Shamsiev, N.S. Ibodov, I.G. Umonov, C.T. Kavrakov**

The article presents the results of the method of bladder training in 59 patients with suprapubic bladder drainage. The main method of treatment of patients with epicystostomoy is passive evacuation of urine. Training funded bladder function is clamping of cystostoma's drainage before the urge to urinate. In a study 41 patients with established cystostomy in patients with trauma of the lower urinary tract revealed various kinds of complications from a urinary tract. Small bladder was diagnosed in 10 patients. Restoration of normal functional state of the bladder in patients with suprapubic bladder drainage, entails improving blood circulation, which in turn helps reduce the severity and frequency of inflammatory processes in the bladder wall.

**Key words:** epicystostoma, the trauma of the lower urinary tract, bladder

---

**Адрес для корреспонденции:**

**И.Г.Умонов** – врач-уролог Национального медицинского центра; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Сомони, 59/1. E.mail: islom21@mail.ru