

Д.А. ГАСАНОВ

Самарский государственный медицинский университет
Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ

В статье представлена оценка результатов оперативного лечения детей с врождённым обструктивным мегауретером в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В. Д. Середавина. Наиболее полное восстановление анатомии и функции мочевых путей было достигнуто у детей, которым было выполнено дренирование мочевых путей на поражённой стороне и проведена коррекция дисфункции мочевого пузыря. По нашим результатам внутрипузырная пересадка мочеточника имеет преимущества, по сравнению с внепузырной пересадкой, что обусловлено в первую очередь технической возможностью соблюдения необходимого соотношения диаметра мочеточника к длине подслизистого «тоннеля», во время пересадки.

Ключевые слова: *мегауретер; обструкция; рефлюкс; стент; пиелостома*

Гасанов Джалиль Амрович - врач - детский уролог – андролог СОКБ им. В. Д. Середавина, заочный аспирант кафедры детской хирургии СамГМУ. E-mail: dzhalilgasanov@mail.ru

D. A. GASANOV

Samara State Medical University
Samara Regional Clinical Hospital n.a. V.D. Seredavin

COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH CONGENITAL OBSTRUCTIVE MEGALOURETER

The paper presents the evaluation of results of surgical treatment of children with congenital obstructive megaloureter in the Department of pediatric urology of Samara regional clinical hospital named after V. D. Seredavin. The most complete restoration of anatomy and function of the urinary tract was achieved in children who underwent drainage of the urinary tract on the affected side and correction of bladder dysfunction. According to our results, intravesical transplantation of the ureter gives better results compared to extravesical transplantation, due to the technical ability to meet the required ratio of the ureter's diameter to the length of the submucosal tunnel during the transplantation.

Keywords: *megaloureter; obstruction; reflux; stent; pyelostomy*

Dzhalil Gasanov - pediatric urologist - andrologist of SRCH n.a. V.D. Seredavin, postgraduate student at the Department of Pediatric Surgery, Samara State Medical University. E-mail: dzhalilgasanov@mail.ru

Врождённый мегауретер – расширение мочеточника, сопровождающееся нарушением его опорочения. В настоящее время врождённый мегауретер входит в собирательное понятие «обструктивные уропатии» и нередко приводит к значительному нарушению функции почек с исходом в хроническую болезнь почек, особенно при двустороннем поражении [4]. По данным урологического отделения педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина, в последние годы увеличивается количество детей с врождённым мегауретером. Это связано с постоянно возрастающей врождённой патологией мочевыделительной системы у детей, а также с хорошей пре- и постнатальной диагностикой [7]. Впервые термин «мегауретер» был введён в 1923 году J.Coulik, и к

настоящему времени насчитывается более 20 рабочих классификаций мегауретера [4,5,8]. В нашей повседневной работе мы придерживаемся сводной международной классификации, принятой в 1977 году, которая выделяет три формы мегауретера: обструктивный, рефлюксирующий и пузырнозависимый. Каждая из форм может быть первичной и вторичной. Для обструктивного мегауретера мы используем классификацию, предложенную в 1978 году Pfister R.C. и Hendren W.H., которые выделяют три стадии развития заболевания: ахалазию мочеточника, развитие мегауретера, без расширения чашечно – лоханочной системы (ЧЛС), уретерогидронефроз (УГ) со значительным расширением ЧЛС и истончением паренхимы почки. Радикальное

лечение тяжёлых форм врождённого обструктивного мегауретера только оперативное [1,3]. Основным видом операций, выполняемых при мегауретере называется реимплантацией мочеточника. Смысл операции заключается в отсечении мочеточника от мочевого пузыря выше сужения и создании нового анастомоза, свободно пропускающего мочу из мочеточника в мочевой пузырь и препятствующего обратному забросу мочи (рефлюксу) в почку. Для профилактики рефлюкса дистальную часть мочеточника проводят в «тоннеле» под слизистой оболочкой мочевого пузыря, в результате чего образуется клапан, смыкающийся при заполнении мочевого пузыря. Операцию возможно выполнять как внутрипузырно, так и внепузырно. Очень важно вовремя и с точностью удалить дисплазированный отдел мочеточника и восстановить опорожнение мочеточника и лоханки [6]. Метод оперативного лечения определялся, исходя из диаметра мочеточника и локализации препятствия. Если диаметр мочеточника превышает 1,5 см., то преимущество отдаётся внепузырной пересадке. Если мочеточник меньшего диаметра и менее извитой, выполнялась внутрипузырная пересадка (по методу Козна). Радикальную операцию по поводу мегауретера технически возможно выполнить на мочевом пузыре достаточного объёма и после коррекции нервно – мышечной дисфункции мочевого пузыря. Это значительно отодвигает временные рамки и позволяет оперировать детей, чаще после года [3,4]. Но у значительной части детей, особенно с уретерогидронефрозом, промедление с оперативной коррекцией приводит к необратимым нарушениям почечной паренхимы, с потерей функции почки, и в 1 год «спасать уже нечего». Таким детям мы стараемся провести дренирование мочевой системы различными способами. Чаще всего это пиело- или уретеростомия, или эндоскопическое дренирование дистального отдела мочеточника пузырно – уретеральными стентами [2].

Цель исследования: Провести сравнительный анализ результатов внепузырной и внутрипузырной пересадок мочеточника у детей с врождённым обструктивным мегауретером в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В. Д. Середякина.

Материалы и методы

С 2008 – 2013 в отделении урологии ПК прооперировано 95 детей с диагнозом врождённый мегауретер. Из них дети с рефлюксирующим мегауретером соста-

вили 35% (33 ребёнка), с уретерогидронефрозом – 26% (25 детей), с обструктивным мегауретером – 39% (37 детей). Основную часть составляют мальчики – 74% (70 детей), девочек – 26% (25 детей). Дооперационное отведение мочи через пиело-, уретеростому, или дистальный пузырно – мочеточниковый стент проводилось у 26% (25 детей). Дооперационное дренирование потребовалось только детям с тяжёлым уретерогидронефрозом, в возрасте до 1 года, из – за прогрессирующего нарушения функции почки. Возраст детей составлял от 8 месяцев до 15 лет. Операции выполнялись под общим обезболиванием, с использованием комбинированного интубационного наркоза. Предпочтение отдавалось препаратам с наименьшим нефротоксическим действием (севофлуран, фентанил, пропофол). При проведении вводной анестезии предпочтение отдавалось севофлурану, для детей до 3 лет, детям старшего возраста использовался пропофол. Интраоперационная аналгезия проводилась фентанилом. Данное анестезиологическое пособие приводило к минимальному риску осложнений во время наркоза. Все дети разделены на 2 группы, в зависимости от вида выполненной операции. Первую группу составили дети, у которых выполнена внутрипузырная пересадка (N=46). Во вторую группу вошли дети, прооперированные по внепузырной методике (N=49). В послеоперационном периоде всем детям выполнялось УЗИ почек и мочевого пузыря через 1, 3 и 6 месяцев после операции, для оценки опорожнения мочеточника и ЧЛС. Контрольное обследование всем детям выполнено спустя 6 – 8 месяцев после операции в отделении урологии ПК. Обследование заключалось в проведении экскреторной урографии, микционной цистографии, цистоскопии, УЗИ почек и мочевого пузыря, качественных и количественных анализов мочи.

Результаты

В 1 группе полное выздоровление отмечалось у 82% (38 детей) – адекватное опорожнение мочеточника и ЧЛС с восстановлением функции почки по данным экскреторной урографии, отсутствие пузырно – мочеточникового рефлюкса (ПМР), по данным микционной цистографии. Рецидив мегауретера отмечен у 2% (1 ребёнок). ПМР отмечен у 16% (7 детей). Во второй группе полное выздоровление отмечалось у 62% (30 детей). Рецидив мегауретера отмечался у 8% (5 детей). ПМР у 30% (15 детей). У детей, которым выполнялось дооперационное дренирование мо-

четочника (25 детей), мы отмечали адекватное опорожнение мочеточника и ЧЛС на дренаже до операции, после операции у данной группы детей рецидивов не отмечалось. Степень ПМР после операции варьировала от 1 до 3 степени. В течении года мы отмечали выздоровление по ПМР на фоне консервативной терапии у 12 детей. Отсутствие положительной динамики на фоне консервативной терапии дало возможность 10 детям выполнить эндопластику устья мочеточника объёмобразующим веществом «Вантрис» с хорошим результатом. Повторная радикальная операция потребовалась всем детям с рецидивом мегауретера. Рецидив мегауретера после операции был обусловлен большим участком дисплазии мочеточника и технической невозможностью удалить весь дисплазированный отдел во время первой операции.

Выводы

По нашим результатам, внутривезикулярная пересадка мочеточника имеет преимущества перед внепузырной пересадкой, что обусловлено, в первую очередь, технической возможностью соблюдения необходимого соотношения диаметра мочеточника к длине подслизистого «тоннеля» во время пересадки. Техническая сложность при формировании подслизистого «тоннеля», с соблюдением соотношения диаметра мочеточника к длине «тоннеля» (1:4 – 6), обуславливает наличие ПМР после проведённой операции. Регресс ПМР у половины детей на фоне консервативной терапии связан с сократимостью мочеточника после операции и уменьшением его диаметра в подслизистом «тоннеле». Адекватное восстановле-

ние анатомии и функции мочевых путей при тяжёлых формах уретерогидронефроза было достигнуто у детей, которым выполнено дооперационное дренирование мочевых путей на поражённой стороне и проведена коррекция нервно – мышечной дисфункции мочевого пузыря.

Список литературы

1. Бабанин И.Л. Обоснование и эффективность эндохирургического лечения обструктивного мегауретера у детей: Автореф. дис. . канд. мед. наук. -М., 1997.
2. Гасанов Д.А. Оценка результатов оперативного лечения детей с врождённым обструктивным мегауретером: Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии, 2015, с 46 – 47
3. Гулиев Б.Г. Реконструктивные операции при органической обструкции верхних мочевыводящих путей: Автореферат дис.докт.мед. наук. /Б.Г. Гулиев; Санкт-Петербург, 2008.-45с.
4. Меновщикова Л.Б. Оценка состояния верхних мочевых путей при обструктивных уропатиях у детей и способы коррекции выявленных нарушений: Дис.докт. мед. наук. /Л.Б. Меновщикова; Москва, 2004.-194 с.
5. Мудрая И.С. Функциональное состояние верхних мочевых путей при урологических заболеваниях: Автореф. дис...докт. мед. наук. 14.00.35. Москва, 2002.50 с.
6. Сабирзянова З.Р. Нарушения сократительной способности мочеточника при обструктивном мегауретере и возможности их коррекции у детей раннего возраста: Дис... канд. мед. наук. 14.00.35. ФГУ Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения России. Москва, 2004. – 137с.
7. Dawn L., McLellan, Retik Alan B. et al. Rate and predictors of spontaneous resolution of prenatally diagnosed primary nonrefluxing megaureter. //J. Urol. 2002. Vol. 168. P. 2177-2180
8. Suzuki Y., Eirnasson J.I. Congenital Megaureter // Rev. Obstet, Gynecol. 2008.1(4):152-153.