

УСПЕШНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ УТРОЕНИИ ПОЧКИ

© *И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, М.В. Лифанова*

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

Актуальность. Утроение почки встречается крайне редко. К настоящему моменту в литературе описано немногим более 100 случаев ренальной трипликации, всего лишь у нескольких пациентов сочетавшейся с уретероцеле. Впервые утроение почки классифицировал Irvine Smith в 1946 г. Первое описание трифуркации мочеточника в сочетании с уретероцеле принадлежит Wrany (1870). Лечение таких пациентов связано с необходимостью проведения неоднократных оперативных вмешательств. R. Gonsalbez (1991) наблюдал трех девочек с трипликацией мочеточника и уретероцеле. Верхняя геминефроуретерэктомиа проведена всем детям с последующим антирефлюксным вмешательством на мочеточниках нижнего и среднего сегмента двум из них.

Целью работы были оценка возможности органосохраняющего лечения ребенка с утроением почки и уретероцеле, минимизации хирургической инвазии, улучшения уродинамических показателей в отдаленном периоде.

Материалы. Девочка 5 лет поступила в урологическое отделение СПбГПМУ 31.08.2017 с жалобами на частое периодическое недержание небольших порций мочи без позыва. Антенатально диагностирован уретерогидронефроз слева. В возрасте 1,5 года произведена эндоскопическая электроинцизия уретероцеле в стационаре по месту жительства, при этом порок развития почки расценивали как полное удвоение. В дальнейшем при обследовании уретероцеле сохраняется, эпизодов инфекции не было.

При УЗИ в отделении: в просвете мочевого пузыря слева уретероцеле $1,8 \times 1,3$ см. Левая почка размером $8,5 \times 3,5$ см, состоит из двух сегментов, лоханка верхнего расширена до $3 \times 1,5$ см, паренхима истончена, основной сегмент не изменен. Правая почка без особенностей.

При экскреторной урографии слева контрастируются 3 собирательных комплекса, верхний полюс в состоянии гидронефротической трансформации, значительное расширение мочеточника на всем протяжении, умеренная пиелоэктазия среднего сегмента, уродинамика нижнего сегмента и почки справа не нарушена. В мочевом пузыре слева — округлый дефект контрастирования (уретероцеле).

Компьютерная томография показала утроение левой почки с уретерогидронефрозом верхнего сегмента, эктопическое уретероцеле слева. При цистографии выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) 4-й степени в верхний сегмент левой почки. Изотопное исследование демонстрировало частично сохраненную функцию верхнего полюса.

07.09.2017 выполнено лазерное рассечение уретероцеле слева. Устье мочеточника верхнего полюса утроенной почки больших размеров располагалось в шейке мочевого пузыря, мочеточники среднего и нижнего сегментов сливались, образуя одно внутрипузырное устье (тип b по Smith). Сформирована внутрипузырная контрапертура в передней стенке уретероцеле, диаметром до 2 мм, с использованием YAG-Nd лазера. Течение послеоперационного периода гладкое.

Результаты. Пациентка обследована через 7 месяцев, в апреле 2018 г. Клинически — жалобы на дневное недержание мочи уменьшились, симптомов инфекции не отмечалось. При УЗИ мочевого пузыря наполнен, левый мочеточник расширен до 0,7 см. В просвете мочевого пузыря слева — остаточная полость спавшегося уретероцеле диаметром 5 мм. Лоханка верхнего сегмента левой почки расширена до $1 \times 1,5$ см, нижний и средний сегменты не изменены. Цистография: ПМР 2-й степени в верхний сегмент левой почки. 28.04.2018 цистоуретроскопия: в уретре с переходом в просвет мочевого пузыря определяется остаточная ненапряженная полость уретероцеле. Новое устье расположено на передней стенке уретероцеле, небольшое.

Через 1 год 6 месяцев после малоинвазивного лечения (февраль 2019 г.): жалоб на проявления инфекции мочевой системы нет, недержания мочи нет, при УЗИ лоханка верхнего сегмента с остаточным расширением до 11 мм. Паренхима среднего и нижнего сегментов сохранена, верхнего — истончена. В мочевом пузыре видна остаточная полость уретероцеле с шириной просвета 4 мм. Мочеточник верхнего сегмента диаметром 6 мм. Урография: лоханка верхнего сегмента умеренно расширена, с выраженной положительной динамикой по сравнению с 2017 и 2018 гг. Микци-

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 аппендиковезикокутанеостомии 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 аппендикутанеоанастомоза 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 аппендикутанеоанастомоза имело стойкий успех у 5 из

15 больных. VQZ-реконструкция аппендиковезикокутанеостомы 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 аппендикутанеоанастомоза. 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.