

ным удвоением почки (56 — в возрасте от 12 до 18 лет, 71 — в возрасте от 19 до 50 лет). У 14 детей обнаружена АГ. У 31 взрослого АГ выявлена еще в детском возрасте. С момента обнаружения АГ эти больные находились на гипотензивной терапии. Из исследования исключались больные гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, эндокринопатиями, сопровождающимися АГ, с ХПН. Наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями больным с АГ определяли ренин и альдостерон крови. Проводили УЗИ почек, УЗДГ почечных артерий, экскреторную урографию, рентгеновскую аортоангиоэнтерографию, мультиспиральную компьютерную томографию в режиме ангиоконтрастирования, радиоизотопную ренографию. Проведено гистологическое исследование участков почечной паренхимы верхнего сегмента удвоенной почки.

Результаты. У 45 больных с АГ и неполным удвоением почки при обследовании было обнаружено повышенное содержание плазменного ренина. Рентгенологическое исследование выявило у этих больных наличие добавочных прободных почечных артерий, кровоснабжающих верхний сегмент почки и отходящих не от почечной артерии, а непосредственно от аорты и не проходящих через ворота почки. Эти артерии были истончены, сосудистый рисунок верхнего сегмента почки значительно обеднен по сравнению с нижележащими отделами, что указывало на недостаточное кровоснабжение этого участка почечной паренхимы. С учетом особенностей кровоснабжения почки добавочной прободной артерией, а именно распространение ее только по передней или задней поверхности верхнего сегмента удвоенной почки, и отсутствием ее анастомозов с аркадными артериями почки выполняли резекцию ишемизированного участка верхнего сегмента. После пережатия дисплазированной добавочной прободной арте-

рии он четко проявлялся на передней или задней поверхности верхнего сегмента удвоенной почки. Выполняли плоскостную продольную резекцию этого участка почечной паренхимы. При этом чашечно-лоханочная система почки не повреждалась. Оперировано 12 больных: 7 детей в возрасте от 12 до 15 лет (мальчиков — 3, девочек — 4) и 5 женщин, у которых АГ обнаружена еще в детском возрасте. Все больные получали постоянную гипотензивную терапию. У всех оперированных детей после операции артериальное давление нормализовалось. У 3 женщин артериальное давление нормализовалось, а у 2 значительно снизилось по сравнению с АД до операции. Содержание ренина крови снизилось до нормальных показателей. В сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции состояние больных удовлетворительное, АД нормализовалось без приема гипотензивных препаратов.

Выводы

1. Артериальная гипертензия, обусловленная наличием добавочных прободных артерий верхнего сегмента почки, наблюдалась у 35,4 % больных с неполным удвоением почки.
2. Резекция ишемизированного участка почечной паренхимы, ишемия которого обусловлена наличием добавочной прободной артерии при неполном удвоении почки, по передней или задней поверхности ее верхнего сегмента избавляет больного от АГ, при этом сохраняется значительная часть паренхимы почки и не повреждается ее чашечно-лоханочная система.
3. Резекция ишемизированного участка верхнего сегмента избавляет больного от пожизненного приема гипотензивных препаратов.
4. При выявлении АГ у молодых людей рекомендуется проводить полное урологическое и артериоэнтерографическое обследование для выявления аномалий строения почки и аномалий ее кровоснабжения.

ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ПОЛНОМ УДВОЕНИИ МОЧЕТОЧНИКОВ

© *П.И. Чумаков*

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ставрополь)

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) при полном удвоении мочеточников встречается у 60–70 % больных. Как правило, ПМР наблюдается в нижнюю лоханку удвоенной почки. Значительно реже встречается ПМР через оба устья удвоенной почки. Консервативное лечение ПМР в удвоенные мочеточники считается

неэффективным. При ПМР в один из удвоенных мочеточников и в случае наличия возможности оперативного разделения тазовых отделов мочеточников выполняют операции Политано – Леадбеттера, Коэна на рефлюксирующем мочеточнике. При невозможности подобной операции осуществляют пиелопиелоанастомоз, уретеропиелоанасто-

моз или уретероуретероанастомоз с удалением рефлюксирующего мочеточника. При рефлюксе в оба удвоенных мочеточника большинство урологов производят антирефлюксную операцию на обоих мочеточниках «единым блоком», используя методики Политано – Леадбеттера, Коэна, Лиха – Грегуара. Считается целесообразным выполнять подобное вмешательство только при отсутствии выраженной дилатации тазовых отделов мочеточников. Результаты оперативного лечения ПМР при полном удвоении почек различны, и, по данным различных авторов, положительные результаты получают в 60–89,2 % случаев.

Материал и методы. Под наблюдением находились 22 больных в возрасте от 4 до 15 лет (всего 29 рефлюксирующих мочеточников). Все пациенты женского пола. ПМР 3-й степени был в 8 случаях, ПМР 4-й степени — в 21 случае. Неоднократные эндоколлагенопластики рефлюксирующих устьев выполняли 12 больным. Суть используемой нами антирефлюксной внутрипузырной пластики устья мочеточника (ВПУМ) при полном удвоении мочеточников состоит в создании из слизисто-подслизистого лоскута мочевого пузыря искусственного внутрипузырного отдела, общего для обоих удвоенных мочеточников, с одним искусственным устьем. Разрезом слизистой оболочки мочевого пузыря, окаймляющим устье рефлюксирующего мочеточника, охватывая устье нормального мочеточника, в направлении устья противоположного выкраиваем лоскут. Отдельными кетгутowymi швами (4/0–5/0) сшиваем внутренние края лоскута. Вторым рядом кетгутовых швов сформированную трубку покрываем

слизисто-подслизистым лоскутом стенки мочевого пузыря. Методика пластики внутрипузырного отдела мочеточника аналогична пластике уретры по Дюплею при гипоспадии. Внутрипузырный отдел, общий для обоих удвоенных мочеточников, с одним искусственным устьем играет роль клапана, препятствующего ПМР. Эту операцию выполняют при ПМР как в один из удвоенных мочеточников, так и при ПМР в оба удвоенных мочеточника. По этой методике одномоментно оперирована девочка с ПМР в утроенную почку слева и ПМР в удвоенную почку справа. Этот способ оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса при полном удвоении мочеточников признан изобретением (Патент № 2171633, 10.08.2001).

Результаты. Отдаленные результаты изучены у всех этих больных в сроки наблюдения от 6 месяцев до 8 лет после оперативного лечения. Контрольное обследование включало общеклиническое исследование, экскреторную урографию, восходящую и микционную цистографию, УЗИ почек, цистоскопию. По данным экскреторной урографии все почки наших пациенток хорошо выделяют контрастное вещество. Признаков нарушения оттока мочи из почки по удвоенным, утроенным и по нормальным мочеточникам не обнаружено. Стеноза искусственного соустья не было ни в одном наблюдении. ПМР не выявлен.

Заключение. Методика создания из слизисто-подслизистого лоскута мочевого пузыря искусственного устья, общего для удвоенных мочеточников, предотвращает ПМР и не нарушает пассаж мочи из почки в мочевой пузырь.

СИФОНОПОДОБНЫЕ ПЕРЕГИБЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЕГО ОБСТРУКЦИИ

© П.И. Чумаков

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ставрополь)

Врожденные стриктуры тазового отдела мочеточника и пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) служат довольно частой причиной пиелонефрита у детей. Наличие механической или динамической обструкции мочеточника приводит к развитию уретерогидронефроза и формированию сифоноподобных изгибов в тазовом и прилоханочном отделах мочеточника. Уродинамические особенности транспорта мочи при гидроуретеронефротической трансформации остаются до настоящего времени малоизученной проблемой детской хирургии.

Уродинамические исследования выполнены 9 детям, оперированным по поводу уретерогидро-

нефроза, обусловленного стриктурами тазового отдела мочеточника, и 3 детям с ПМР 4–5-й степеней. Измерение внутрипузырного, внутримочеточникового и внутримоханочного давления проводили во время операции при помощи водяного манометра.

Уродинамические исследования показали, что внутримочеточниковое давление дистальнее сифоноподобного перегиба всегда выше давления в мочеточнике до перегиба. И чем больше перегибов мочеточника, тем больше градиент давления между тазовым отделом мочеточника и почечной лоханкой. Сифоноподобный перегиб мочеточника, накапливая мочу в своем нижнем сегменте, изме-