

ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННОГО И РЕЦИДИВНОГО ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

© П.И. Чумаков

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

Хирургическое устранение ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) представляет сложную проблему в урологии. Причинами возникновения ПМР после уретероцистонеоанастомоза являются несовершенство методики операции, технические погрешности ее исполнения, широкий тазовый отдел пересаживаемого в мочевой пузырь мочеточника. По данным различных авторов, ятрогенный ПМР через новое мочеточниково-пузырное соединение в послеоперационном периоде обнаруживаются в 9–37,5 % случаев. Выраженные рубцовые изменения в области соединения пересеченного мочеточника с мочевым пузырем, захватывающие околопузырное пространство и тазовый отдел мочеточника, служат техническим и эмоциональным барьером, который предстоит преодолеть хирургу при выполнении антирефлюксной операции. Положительный результат хирургического лечения ятрогенного ПМР отмечается не более чем в 40 %. Нередко выполняют нефруретерэктомии из-за невозможности в условиях рубцовых изменений тканей провести реконструктивную операцию. В случаях ятрогенного ПМР мы используем операцию внутрипузырной пластики устья мочеточника (изобретение Патент РФ № 2140210 от 27.11.99) уже на протяжении более 15 лет. При ятрогенном или рецидивном ПМР разрезом слизистой мочевого пузыря, окаймляющим рефлюксирующее устье мочеточника, в направлении контрлатерального устья выкраиваем лоскут, из которого формируем искусственный внутрипузырный отдел мочеточника, играющий роль лепесткового клапана. Наблюда-

ли 15 детей в возрасте от 4 до 15 лет с ятрогенным ПМР. Ранее им выполняли операции Коэна, Политано – Леадбеттера, Терещенко, Деревянко, Бишоффа. Трое детей уже перенесли повторные подобные операции по поводу предшествующих неудачных антирефлюксных вмешательств. У 3 больных был ПМР 3-й степени, а у 12 детей — ПМР 4-й степени. Всем этим больным была выполнена внутрипузырная пластика устья мочеточника по описанной выше методике. У всех больных при неоднократных обследованиях в сроки наблюдения до 10 лет после операции по данным экскреторной урографии почки хорошо функционировали, рентгенологических признаков нарушения оттока мочи из почки на стороне операции не было. При восходящей и микционной цистографии ПМР не обнаружен.

Предлагаем внутрипузырную пластику устья мочеточника как метод выбора для хирургического лечения ятрогенного и рецидивного пузырно-мочеточникового рефлюкса, так как: 1) это малотравматичная операция — ведь повторно не повреждается ни внутрипузырный, ни интрамуральный, ни юкставезикальный отделы мочеточника; 2) исключается обструкция устья мочеточника в связи с тем, что ни само устье, ни мочеточник не травмируются во время операции; 3) ее можно использовать независимо от степени расширения мочеточника; 4) ее можно выполнять одновременно с двух сторон при двустороннем рецидивном или двустороннем ятрогенном ПМР; 5) при необходимости ее можно повторять на том же самом месте и по той же самой методике.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

© Л.И. Шац^{1, 2}, М.Б. Белогурова^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» (Санкт-Петербург)

Опухоли почек составляют около 7 % всех злокачественных новообразований детского возраста; 90 % из них представлены нефробластомой (или

опухолью Вилмса, ОВ). В Европе регистрируется около 1000 пациентов с ОВ ежегодно. Медиана возраста составляет 3 года, однако билатераль-