

ду с различными способами диагностики, деривации мочи, Н. А. Толмачев предложил различные методы лечения врожденных сужений уретры с использованием оригинальных для того периода инструментов.

Лишь в 1903 году Вазу описал клапаны задней уретры не на основании секционных данных, а по результату клинического наблюдения. В 1913 году доктор Hugh Young успешно лечил это заболевание у ребенка 1,5 лет, а уже в 1919 году предложил классификацию основных анатомических типов клапанов уретры.

Опыт диагностики и лечения клапанов задней уретры у детей

А. А. АХУНЗЯНОВ, Р. С. БАЙБИКОВ, Ш. К. ТАХАУТДИНОВ, Г. Ф. ПЕЧЕРИЦА
Кафедра детской хирургии с курсом ФПК ППС КГМУ, ДРКБ МЗ РТ, г. Казань.

УДК 616.617-002-053.2

Изучены результаты лечения 192 мальчиков с клапанами задней уретры (КЗУ) находившиеся на лечении в урологическом отделении ДРКБ с 1968 по 2007 годы: средний возраст 5,7 лет, из них до 3 лет 56 (29,2%). Основными проявлениями заболевания были жалобы на изменения анализов мочи, затрудненное, прерывистое мочеиспускание. Учитывая многообразие клинических форм органической и функциональной инфравезикальной обструкции (ИВО), больные обследованы путем проведения комплекса клиничко-лабораторных, ультразвуковых, рентгеноурологических, уродинамических, инструментальных, эндоскопических и неврологических исследований, включая оригинальные методы диагностики (А. А. Ахунзянов, 1994). Нами, в подходах к диагностике и лечению больных с КЗУ отмечены следующие этапы: I — 1968-1992 гг.; II — 1993-2007 гг.

На первом этапе уретроскопии были доступны лишь мальчикам старшего возраста. Диагностика основывалась на инструментальных и рентгеноурологических методах, а в хирургическом лечении преобладали травматичные операции с последующим длительным реабилитационным периодом (продолжительная деривация мочи, промежностное иссечение КЗУ с уретропластикой по Хольцову). Внедрялись оригинальные инструменты для диагностики и трансвезикальной деструкции КЗУ. На 2-м этапе эффективность этиопатогенетического лечения гарантировали уродинамические исследования с топической диагностикой неврологических нарушений и использованием современных возможностей эндоскопии.

По расположению и виду, наряду с клапанами задней уретры, выявлены следующие сопутствующие причины ИВО: меатальный стеноз уретры — 24, стеноз стволовой части уретры — 3, дисплазия стволовой уретры — 2, стеноз пенископального угла уретры — 18, стеноз бульбозного отдела уретры — 8, стеноз мембранозного отдела уретры — 7, контрактура шейки мочевого пузыря — 28, дивертикул передней уретры — 3, дивертикул задней уретры — 1. Признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря отмечались у 34 (17,7%), причем у 11 (32,3%) из них вариант детрузорно-

В последующем, проблема инфравезикальной обструкции всегда привлекала внимание отечественных и зарубежных авторов (Williams, 1954; Johnston, 1969; Hendren, 1971, 1990; Долецкий С. Я. с соавт., 1971, 1974; Ахунзянов А. А., 1994; Николаев В. В., 1995; Holmes et. al., 2001; Куликова Т. Н. с соавт., 2006).

В настоящее время, внедрение новых совершенных методов диагностики позволяет уже в пренатальном периоде обнаружить клапаны задней уретры, а современная эндоскопическая аппаратура обеспечивает возможность более успешного лечения начиная с периода новорожденности.

сфинктерной диссинергии. В зависимости от степени выраженности нарушения уродинамики у больных выявлены различные проявления вторичного хронического инфекционно-воспалительного процесса: уретрит у 2 (1,0%), цистит у 29 (15,1%), пиелонефрит у 175 (91,1%), пионефроз у 9 (4,7%) и уросепсис у 4 (2,1%). Нарушения уродинамики верхних мочевых путей отмечался у 122 (63,5%) больных, у 59 (48,4%) рефлюксирующий вариант, причем у 83 (68,0%) процесс имел двусторонний характер. Нарушения функции почек выявлено у 55 (28,6%) больных. У 8 (4,2%) детей процесс осложнен мочекаменной болезнью, преимущественно отмечались камни мочевого пузыря у 6 (75,0%) из них.

Проведены следующие виды оперативных вмешательств: меатотомия — 16, трансуретральная резекция (ТУР) КЗУ — 60, баллонная дилатация КЗУ — 1, иссечение КЗУ с уретропластикой по Хольцову — 10, трансмеатальная дилатация-деструкция КЗУ — 67, трансвезикальная дилатация-деструкция КЗУ — 65. У больных с декомпенсированной формой нарушения уродинамики хирургическое лечение начиналось с дренирующих операций: уретрокутанеостомии — 4, цистокутанеостомии (ЦКНС) по способу А. А. Ахунзянова (а.с. № 1437006) — 64, уретеро- и пиелостомии — 13. Проведено 27 уретероцистонеостомий, 14 эндоскопических дилатаций мочеточниково-пузырного сегмента, 15 антирефлюксных операции, 17 эндоскопических коррекций пузырно-мочеточникового рефлюкса, 4 уретеропиело- и уретероуретероанастомозов, 21 уретеронефрозотомий. Осложнения: стриктура уретры после уретропластики — 1 (10%), рубцевание ЦКНС — 9 (14,1%), выпадение слизистой уретры из ЦКНС — 5 (7,8%). Летальность — 0.

У всех больных получены положительные результаты лечения (хорошие — 78,6%) удовлетворительные — 21,4%). Отмечается значительное сокращение числа предварительных дериваций мочи, более ранняя диагностика и лечение детей с уменьшением количества органоуносящих операций. Отмечена экономическая эффективность применения малоинвазивных высокотехнологических методов лечения, используемая в последние годы.