



Опыт лечения обструкции мочеточниково-пузырного сегмента у детей

А. А. АХУНЗЯНОВ, Р. С. БАЙБИКОВ, Ш. К. ТАХАУТДИНОВ, И. А. ХАЙРУЛЛИН, А. Н. ЧЕБЫШЕВ
Кафедра детской хирургии с курсом ФПК ППС КГМУ, ДРКБ МЗ РТ, г. Казань.

УДК 616.62-053.2

Нами изучены результаты лечения 507 детей с обструктивными нарушениями уродинамики на уровне мочеточниково-пузырного сегмента (МПС): мальчиков — 318 (62,7%), девочек — 189 (37,3%), с 11 дневного возраста по 15 лет (средний возраст — 4,9 лет), из них 213 (42,0%) дети до 3 лет. Диагностика осуществлялась на основании клинко-лабораторных данных и путем применения лучевых и эндоскопических исследований. Процесс преимущественно односторонний — 353 (69,6%) больных, из них слева у 225 (63,7%), справа у 128 (36,3%). У 154 (30,4%) детей нарушения уродинамики имели двусторонний характер. У 154 (30,4%) больных (из 661 единицы МПС в 165 случаях) обструкция представлена в виде уретероцеле: ортотопическое 93 (56,4%) и эктопическое у 72 (43,6%).

У 173 (34,1%) больных выявлена сопутствующая инфравезикальная обструкция (ИВО): у 144 (45,3%) мальчиков и у 29 (15,3%) девочек.

В зависимости от степени выраженности нарушения уродинамики у больных отмечались различные проявления вторичного хронического инфекционно-воспалительного процесса: цистит у 44 (8,7%), пиелонефрит у всех 507 (100,0%), пионефроз у 19 (3,7%) и уросепсис у 9 (1,8%). Нарушения функции почек выявлено у 89 (17,5%) больных, причем у 14 (15,7%) из них, в терминальной стадии. У 37 (7,3%) детей процесс осложнен мочекаменной болезнью, преимущественно отмечались камни мочеточников.

Распределение по выраженности уретерогидронефротической трансформации составляла I стадии 19 (2,9%) мочеточников, II стадии — 80 (12,1%), III стадии — 298 (45,1%) и IV стадии — 264 (39,9%) мочеточника. У 24 (4,7%) детей выявлены парауретеральные дивертикулы, из них у 10 (41,6%) — с обеих сторон, дивертикулы мочевого пузыря у 5 (0,9%), дивертикулез мочевого пузыря — у 13 (2,6%).

Проведено 127 (19,2%) уретероцистостомий, 65 (39,4%) цистотомических иссечений уретероцеле, 33 (4,9%) уретеропиело- и уретероуретероанастомозов, 35 (6,9%) геминефроэктоми и 76 (14,9%) уретеронефрозэктомий.

Со второй половины 90-х годов отмечается постепенное сокращение числа открытых реконструктивно-пластических операций с увеличением количества малоинвазивных эндо-

скопических операций. Произведено 114 (17,2%) эндоскопических дилатаций мочеточниково-пузырного сегмента, 89 (53,9%) эндоскопических рассечений уретероцеле.

У 17 детей эндоскопическое лечение проводилось с использованием баллонного дилатора, у остальных — комплекта уретеродилаторов (фирмы «СООК», США и «МИТ», Россия). Операция заканчивалась дренированием мочеточника и мочевого пузыря от 5 до 14 суток с проведением противовоспалительной и противорубцовой терапии. У 19 больных дилатация МПС завершена установкой мочеточникового стента на 6-9 месяцев. В раннем послеоперационном периоде у 5 (4,4%) больных отмечалась гематурия до 5 суток. У 2 (1,7%) больных послеоперационный период осложнился обострением пиелонефрита. Эффективность вмешательства оценивался УЗИ в динамике. Контрольная экскреторная урография проводилась через год после вмешательства или после удаления стента. У 6 (5,3%) больных (на 8 МПС) в связи с недостаточным эффектом произведены дальнейшие дилатации. 2 (1,7%) больным с выраженным стенозом интрамурального отдела мочеточника в связи отсутствием положительного результата выполнена уретероцистостомия. У остальных детей по данным контрольного ультразвукового и рентгенологического обследования отмечалась положительная динамика.

У детей с ИВО одновременно или этапно проводилась коррекция нарушений мочеиспускания: у 24 (16,7%) мальчиков одновременно произведено рассечение клапана задней уретры, у 66 (45,8%) трансвезикальные и у 54 (37,5%) трансмеатальные деструкции стенозов пузырно-уретрального сегмента, 6 меатотомий. У 17 (58,6%) девочек — дилатация меатального стеноза уретры, у 12 (41,4%) с меатопластикой.

Выводы. С внедрением высокотехнологичных малоинвазивных технологий отмечается резкое сокращение длительности лечения больного в стационаре с использованием меньшего количества медикаментов, расходных материалов. Эндоскопическая коррекция как метод лечения обструктивных заболеваний верхних мочевых путей у детей является альтернативой открытой пластической операции. Метод малотравматичен, безопасен, наиболее эффективен у детей младшего возраста. Отмечается сокращение сроков реабилитации.