

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
УРЕТЕРОЦЕЛЕ В СОЧЕТАНИИ С УРОЛИТИАЗОМ
У ПАЦИЕНТОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов, А.Г. Долгов, Д.В. Романов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Уретероцеле является аномалией развития мочевой системы и представляет собой локальное кистовидное расширение всех слоев терминального отдела мочеточника [2, 4, 7, 8]. Проблема уретероцеле и связанных с ним осложнений, наиболее частым из которых является уролитиаз, остается до настоящего времени актуальной, поскольку обобщающие исследования отсутствуют, а отдельные фрагменты в публикациях не могут отражать всего многообразия проблемы в целом [3, 5, 9, 10]. При выяснении вопросов этиологии и патогенеза уролитиаза исключительно важное значение имеют нарушения уродинамики верхних мочевых путей при уретероцеле. Длительная обструкция и уростаз являются идеальной средой для камнеобразования, а присоединение мочевой инфекции приводит к ускорению этого процесса.

За истекшие 15 лет под нашим наблюдением находился 51 пациент с сочетанием истинного уретероцеле с уролитиазом. Эти пациенты составили 43,2% всех больных с уретероцеле и 9,6% больных со всеми проявлениями уролитиаза аномалийных почек. Процесс чаще носил односторонний характер (82,3%), хотя наблюдалось и двустороннее поражение (17,7%). У подавляющего числа больных (84,3%) уретероцеле носило ортотопический характер. Гетеротопический вариант, относящийся к верхнему сегменту удвоенной почки, имелся у 8 пациентов (15,7%). Преобладали женщины (в соотношении 2,7:1,0). Средний возраст пациентов составил $41,9 \pm 2,0$ лет, при этом наибольшее число больных (58,8%) были в возрасте 31-50 лет, что свидетельствует о существенной социальной значимости этой проблемы. Камням почек и мочеточников сопутствовали относительно небольшие по размерам уретероцеле: в среднем $20,7 \pm 1,3$ мм. Условная «площадь» камня равнялась $1,4 \pm 0,2$ см², при этом камни в уретероцеле были у 46 пациентов (90,2%). Частым осложнением являлся множественный характер конкрементов (21,6%).

Основное место в диагностике уретероцеле принадлежит обзорной и экскреторной урографии, которая не только позволяет получить информацию о наличии самого порока и топической диагностике уролитиаза, но и дает представление об опосредованных данных, касающихся анатомо-функционального состояния почки и верхних мочевых путей. Эффективность урографии в диагностике данного порока достигает 95,8% [10]. Затруднения возникают в случае «немой» почки или одного из удвоенных сегментов. Повсеместное внедрение экзотомографии дает возможность повысить уровень верификации диагноза до 100%.

Мы практически отказались от выполнения цистоскопии в качестве самостоятельного метода исследования, вне зависимости от формы сочетания уролитиаза и уретероцеле, и рассматриваем эндоскопический осмотр мочевого пузыря как первый этап, связанный с выполнением конкретной лечебной манипуляции.

Вопрос о выборе тактики оперативного лечения больных с уретероцеле в сочетании с уролитиазом до сих пор не имеет однозначного решения, что во многом обусловлено наличием разнообразных форм этого порока в сочетании с различными вариантами локализации, размеров и длительности нахождения конкрементов. Немаловажное значение имеет возраст больного, степень выраженности уродинамических нарушений верхних мочевых путей и анатомо-функциональное состояние почек.

Развитие малоинвазивных технологий двух последних десятилетий не могло не сказаться на современных способах лечения уретероцеле, осложненного уролитиазом. Однако, в отличие от других форм почечных аномалий, применение дистанционной ударно-волновой литотрипсии в качестве лечения первой линии, несмотря на небольшие размеры конкрементов, лимитировано анатомическим препятствием в виде суженного устья мочеточника, вызывающего нарушение уродинамики верхних мочевых путей.

Наилучшим образом задачам декомпрессии верхних мочевых путей и, как следствие, – ликвидации уретероцеле, отвечают электроперфорация и электрорассечение его стенки – как при ортотопическом, так и при гетеротопическом вариантах. Выполнение этих операций показано у больных с небольшими и средними по размеру уретероцеле (не более 30 мм), при ненарушенной сократительной способности терминального отдела мочеточника с сохранной функцией почки, умеренным нарушением уродинамики верхних мочевых путей и отсутствием обострения пиелонефрита. Эти факторы являются определяющими в профилактике послеоперационных осложнений, в том числе пузырно-мочеточникового рефлюкса, независимо от типа уретероцеле (ортотопического или гетеротопического).

Электрорассечение стенки уретероцеле и последующая уретеролитэкстракция допустимы при сравнительно небольших размерах конкрементов, не превышающих размеры произведенной инцизии. В остальных случаях после инцизии предпочтительно выполнять уретероскопию и контактную либо ультразвуковую уретеролитотрипсию с использованием гольмиевого лазера.

Вопрос о дренировании верхних мочевых путей после экстракции камня из уретероцеле не имеет однозначного решения. Катетеризация предупреждает обструктивные осложнения после эндоскопического вмешательства на мочеточнике, однако в равной мере внутреннее дренирование почки может послужить входными воротами для инфекции и способствовать формированию пузырно-мочеточникового рефлюкса.

В этой связи показания к внутреннему дренированию почки определяются следующими условиями: наличием односторонних «симптомных» камней почек и мочеточников; исходной бактериурией в диагностическом титре, превышающем пороговую величину; местной вторичной воспалительной реакцией тканей стенок уретероцеле; выраженным нарушением уродинамики верхних мочевых путей.

Сроки послеоперационного дренирования определяются сугубо индивидуально, однако в наиболее общем виде сводятся к следующему: мочеточниковый катетер следует удалять за 1-2 дня до удаления мочепузырного. Всем пациентам с исходной бактериурией рекомендуется проведение 7-10-дневного курса антибактериальной терапии, назначаемого за 1-2 дня до предполагаемой даты эндоскопической манипуляции. При исходно стерильной моче больным следует назначать 3-5-дневный превентивный курс лечения таблетированными формами антибиотиков из группы фторхинолонов, цефалоспоринов и защищенных аминопенициллинов (амоксиклав-кислота) с обязательным бактериологическим исследованием мочи, полученной отдельно из почки и мочевого пузыря. Такой подход соответствует современным принципам антибактериальной терапии хронического пиелонефрита и профилактики госпитальной инфекции [1].

Особенная сложность возникает у пациентов с уретероцеле крупных размеров (более 30 мм) и при значительном (3-4 балла) нарушении уродинамики верхних мочевых путей. В подобных ситуациях трансуретральная эндоскопическая операция не оправдана, так как она не в состоянии обеспечить радикальное устранение анатомического порока и значительно повышает риск возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса и обострения пиелонефрита. В этой связи единственным возможным методом лечения является уретероцистонеостомия. При гетеротопическом варианте уретероцеле лечебными опциями являются как геминефруретерэктомия с трансвезикальным иссечением оболочек уретероцеле или интраоперационной его аспирацией, так и уретероцистонеостомия по антирефлюксной методике [2, 6], а также межмочеточниковый или уретеропиелоанастомоз в сочетании с аспирацией содержимого уретероцеле и антеградной оптической уретеролитоэкстракцией.

Таким образом, при выборе тактики оперативного лечения уретероцеле, осложненного уролитиазом, следует учитывать не только его размеры, но и различные варианты сочетания данного порока и камня, анатомо-функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей, а также возраст пациента и степень активности пиелонефрита

ЛИТЕРАТУРА

1. Деревянко И.И. Современная антибактериальная химиотерапия пиелонефрита / Автореф. докт. дис. – М.; 1998.
2. Деревянко Т.И. Аномалии уретеро-везикального сегмента / Автореф. докт. дис. – М., 1998.

3. Долгатов В.Г. Хирургическое лечение уретероцеле у детей / Автореф. канд. дис. – Л., 1976.
4. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. – Киев, 1987. – 416 с.
5. Румянцева Г.Н., Латышев М.М. // Урол. нефрол. – 1977. – №1. – С. 31-33.
6. Уренков С.Б. Уретероцеле: клиника, диагностика и лечение / Автореф. канд. дис. – М., 1988.
7. Brueziere J. // Ann. Urol. (Paris). 1992. – V. 26, №4. – P. 202-211.
8. Coplen D.E., Duckett J.W. // J. Urol. – 1995. – V. 153, №1. – P. 166-171.
9. Jemni M., Loussaief H., Ben Fadhel S. et al. // Ann. Urol. (Paris). – 1994. – V. 28, №2. – P. 102-104.
10. Mosbah A., Bouchallouf A., Aziz E. // Ann. Urol. (Paris). – 1990. – V. 24, №5. – P. 386-387.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ОДНОМОМЕНТНЫХ» МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ

*М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов, А.Б. Соболевский, Д.В. Романов,
Е.А. Володько, К.В. Поздняков, А.Н. Шibaев
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

В настоящее время не существует единого подхода к лечению гипоспадии. Сложно найти другое хирургическое заболевание, по поводу которого было бы предложено и активно применялось такое количество различных методов оперативной коррекции – около 200.

Множество предложенных на сегодняшний день методов формирования уретры и их модификаций значительно затрудняет их классификацию.

Н.Е. Савченко [1] разделил все виды уретропластических операций на следующие группы: 1) туннелизационная пластика (соединительнотканная уретра); 2) дистензионные методы (мобилизация и растяжение уретры); 3) пластика с привлечением местных тканей на сосудистой ножке (кожа полового члена, крайней плоти, мошонки); 4) пластика уретры свободными трансплантатами; 5) пластика с применением стебельчатых лоскутов.

В настоящее время наибольшее распространение получили методики, использующие при формировании уретры местные ткани и мобильные кожные лоскуты на питающей ножке из прилежащих областей полового члена.

По мере накопления клинического опыта некоторые методики становились лишь достоянием истории, а к другим возвращались вновь, но уже на более высоком уровне развития хирургической техники. В связи с этим, рассматривая основные методики в историческом ракурсе, мы более подробно остановимся лишь на тех, которые в силу различных причин получали наибольшее распространение, и принципиальные моменты которых используются в современной хирургии гипоспадии.