

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. — М.: Мысль, 1988. — 304 с.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учебное пособие для студентов высших учеб.заведений. — М.: Академия, 2001. — 352 с.
3. Мясоед П.А. Проблема «ненормативного психического развития» // Вопросы психологии. — 1994. — № 6. — С.49-56.
4. Петраков Б.Д., Петракова А.Б. Психическое здоровье народов мира в 20 веке. — М., 1984. — 61 с.
5. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей: Материалы всемирной организации здравоохранения. — Женева, 1979. — 54 с.
6. Розум С.И. Психические аспекты проблемы психической нормы // Журнал практического психолога. — 1997. — № 2. — С.19-28.
7. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. — Томск: ТГУ, 1999. — 403 с.
8. Семке В.Я. Социально-психологические основы душевного здоровья сибиряков: Доклад на 7 съезде Межрегионального общественного движения «Сибирский Народный Собор» // Человек в Сибири. — Томск, 2005. — 64 с.
9. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и при соматических заболеваниях: Учебное пособие. — М.: Аргус, 1995. — 243 с.
10. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. — М.: МГУ, 1988. — 199 с.

© ОНОПКО В.Ф., СОЛОВЬЕВ А.А. — 2006

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В.Ф. Онопко, А.А. Соловьев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, курс урологии, зав. — к.м.н. В.Ф. Онопко; кафедра детской хирургии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Подкаменев)

Резюме. Нарушения уродинамики верхних мочевых путей сопровождают многие урологические заболевания и пороки развития, более того, могут существенно влиять на течение патологического процесса и исход лечебных мероприятий. Исследование проведено в группе из 116 больных со стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента, которым выполнены реконструктивно-пластические операции: 93 — традиционными методами, и 23 — по разработанному нами способу. Основным критерием эффективности лечения служило восстановление функции почек.

Ключевые слова. Обструкция верхних мочевых путей, стеноз, гидронефроз, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента.

Обструкция верхних мочевых путей (ОВМП) представляет собой особую урологическую проблему, поскольку приводит к тяжелому нарушению уро- и гемодинамики, присоединению мочевой инфекции, развитию гидронефроза и атрофии почечной паренхимы [2,7]; при этом рост заболеваемости мочевой системы с одной стороны и, соответствующий ему рост эндоскопических и открытых оперативных вмешательств на забрюшинном пространстве с другой стороны, — существенно повышают риск развития осложнений, что выводит проблему гидронефроза в число наиболее актуальных в клинической урологии [9,14]. Исключительную опасность представляет мочекаменная болезнь, более того, характерные для нее нарушения уродинамики значительно ограничивают функциональную активность пораженного мочеточника, приводят к его спазму и локальному склерозу [1,3]. Любое, даже непродолжительное препятствие оттоку мочи, может привести к осложнениям. Длительно же существующие обструкции чаще всего приводят к стриктурам, и без оперативного лечения восстановить функцию почки невозможно. Решение этой проблемы заключается в своевременной диагностике осложнений и их коррекции. Именно своевременная диагностика и выбор оптимального способа хирургического лечения существенно влияют на исход заболевания в целом [8,11,13].

Большинство способов хирургического лечения ОВМП, в том числе и эндоурологических, обладают существенным недостатком: при их реализации не обеспечивается функциональная эффективность уретеропиелoанастомоза, поскольку не всегда возможна полная тканевая адаптация сопрягающихся краев лоханки и мочеточника [6,10]. Нередко это вновь приводит к рецидиву гидронефроза, мочекаменной болезни, нефросклерозу. Стремление к созданию наибольшего от-

верстия между лоханкой и мочеточником не всегда приводит к выздоровлению и, прежде всего, к восстановлению функции почки. Поэтому нужно формировать функциональный и надежный от обструкции анастомоз [4,5,12,15].

Целью нашего исследования явилась разработка и внедрение нового способа уретеропиелопластики обеспечивающего раннее восстановление уродинамики при стенозе пиелoуретерального сегмента.

Материал и методы

В основу работы положен анализ обследования и оперативного лечения 116 больных с гидронефрозом в клинике урологии Иркутского медицинского университета за период 1985-2005 гг. Возраст больных был от 17 до 66 лет. Мужчин было 65 (56,0%), женщин — 51 (44,0%). Все больные предъявляли жалобы на боли в поясничной области на стороне поражения различной интенсивности. Патологические изменения в анализах мочи отмечены у 76 (65,5%), бактериурия выявлена — у 92 (79,3%), различные виды дизурии отмечались — у 24 (20,7%), а артериальная гипертензия была у 32 (27,6%) больных. Для оценки морфо-функционального состояния верхних мочевых путей проведены следующие исследования: сонография (в том числе с доплеровским и энергетическим картированием), динамическая гаммасцинтиграфия почек, непрямая почечная реография, экскреторная урография, гистология лоханочно-мочеточникового сегмента и биоптата почки.

Результаты и обсуждение

Причинами развития обструкции верхних мочевых путей явились: сужение лоханочно-мочеточникового сегмента различной этиологии — у 49 (42,2%), aberrантный сосуд, вызвавший перегиб мочеточника и стеноз — у 23 (19,8%), нефролитиаз — у 28 (24,1%), перипиелит и педункулит после перенесенных операций на забрюшинном пространстве — у 16 (13,8%) больных. Обращает на себя внимание большое число больных с ОВМП (42,2%) на фоне сужения лоханочно-мочеточникового сегмента, видимых причин которых не было обнаружено. Однако, у 12 из этих больных имелся не-

фрптоз, у 26 — рецидивирующий пиелонефрит и у 11 — перенесенные операции на органах брюшной полости. Развитие ОВМП было обусловлено нейромышечной дисплазией пиело-уретерального сегмента у 6 больных.

Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента с выраженными уродинамическими нарушениями послужили основанием для выполнения оперативного вмешательства — резекции лоханочно-мочеточникового сегмента. Были выполнены следующие виды операций: пиелопластика по Хайнес-Андерсону — у 79 (68,1%) больных, пиелопластика по Кальп де Верду — у 8 (6,9%), пиелопластика по Фоли — у 2 (1,7%), пиелопластика по Альбарану — у 1 (0,9%). В 3 случаях была выполнена нефрэктомия. Неудовлетворенность результатами оперативного вмешательства привело нас к разработке функционального способа уретеропиелопластики. По этому способу оперировано 23 больных.

Проведя сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов пиелопластик, мы не нашли между ними существенных различий в плане восстановления почечной и мочеточниковой функций, за исключением метода Хайнеса-Андерсона, что вполне объяснимо с основательной позиции. Так, после пластики лоханочно-мочеточникового сегмента по Кальп де Верду обструктивный синдром не ликвидировался, сохранились нарушения уродинамики средней и тяжелой степени (по данным динамической гаммасцинтиграфии и доплерографии). У 1 больного наступил рестеноз, что потребовало повторной операции. Операции по Фоли и Альбарану также не улучшали уродинамические показатели верхних мочевых путей. Лучшие результаты получены при операциях по способу Хайнеса-Андерсона, после которых у 39 больных наступало восстановление функционального состояния почек, у 24 — их улучшение и у 16 — уродинамика верхних мочевых путей не восстановилась. Реоперации после пластики по Хайнесу-Андерсону выполнены 3 больным. Это обстоятельство побудило нас к разработке способа уретеропиелопластики; ее суть заключалась в том, что после выделения лоханочно-мочеточникового сегмента и расчлняющей уретеропиелопластики у медиального края почки накладывали П-образный шов между передней и задней стенками лоханки. Этот шов обеспечивал хорошие условия для заживления анастомоза и оттока мочи, поскольку разделенный объем реконструированной лоханки создавал направленное ускорение оттока мочи по мочеточнику. Более того, это сохраняло динамическую устойчивость и создавало защиту уретеропиелoанастомоза от разупрочняющих факторов, например, в ортостазе или фазу воспалительного инфильтрата. Кроме того, П-образный шов между передней и задней стенками лоханки у медиального края почки препятствовал развитию послеоперационного стаза мочи, поскольку дублировал лоханочную стенку. Артефицированная дубликация лоханки имела еще один положительный признак: она создавала эффективную адаптацию к каудальному и ротационному смещению почки, а соответственно и уретеропиелoанастомоза под действием переменной нагрузки в ортостазе. Оптимальное расположение уретеро-пиелoанастомоза под разделенным объемом лоханки увеличивало его контактную прочность, улучшало уродинамику верхних мочевых путей. Кроме того, это позволяло защитить вновь со-

зданное соустье от ортостатической обструкции и нестойкости швов, препятствуя тем самым развитию рестеноза и сохраняя функции мочеточника.

Способ функциональной уретеропиелопластики осуществляли следующим образом (рис. 1): после люмботомии в IX межреберье, обнажали почку (1), проводили экцизию лоханочно-мочеточникового сегмента. Мочеточник ниже уровня обструкции продольно пересекали на протяжении 1,5–2 см (на длину будущего анастомоза) по латеральной стороне, максимально сохраняя кровоснабжение (4). Выполняли однорядный анастомоз (4) (викрил 6/00) между лоханкой (2) и мочеточником. У медиального края почки (1) накладывали П-образный шов (3) между передней и задней стенками лоханки (2). В околопочечное пространство устанавливали аспирационный дренаж («Редон»), а рану послойно ушивали.

Доказательством физиологичности операции явля-

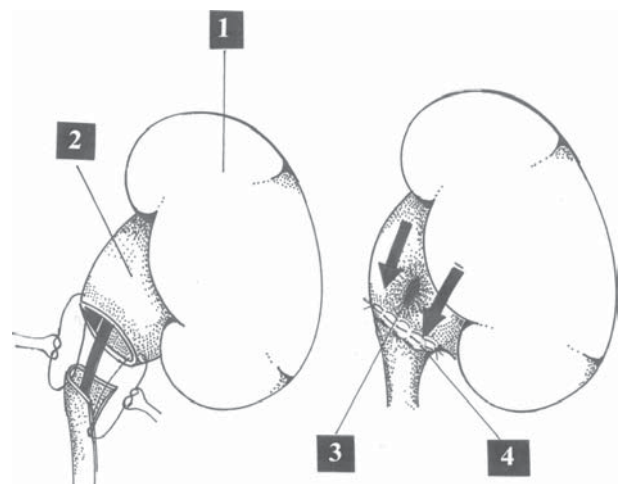


Рис. 1. Принципиальная схема функционального способа уретеропиелопластики. Объяснение в тексте.

ется хороший непосредственный эффект в восстановлении уро-, гемодинамики у 20 оперированных по данной методике больных. С другой стороны, весьма важным представляются функциональные результаты операции в отдаленные сроки после вмешательства (6 мес. – 2 года). Восстановление функции почки и отсутствие рецидива осложнений (пиелонефрит, нефросклероз и др.) отмечен у 18 оперированных. У остальных 5 больных отсутствовали признаки ОВМП.

Следовательно, лечение обструкции верхних мочевых путей, обусловленной стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента с развитием гидронефроза, представляет сложную и не до конца решенную проблему. Применяемые реконструктивные и пластические операции не всегда приводят к выздоровлению больных и к восстановлению уродинамики верхних мочевых путей. Рестеноз и другие осложнения, нередко развивающиеся после различных реконструктивно-пластических операций на лоханочно-мочеточниковом сегменте, являлись следствием как необоснованной операции, так и ее методики.

Разработанный и апробированный нами способ уретеропиелопластики — резекция лоханочно-мочеточникового сегмента с наложением П-образного шва между передней и задней стенками лоханки сегмента у медиального края почки, позволил обеспечить оптимальные