

* * *

УРЕТЕРОЦИСТОНЕОСТОМИЯ ПРИ ВРОЖДЁННОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Галочкин И.С.

Российский научный центр рентгенорадиологии
Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: *дети; мегауретер; диагностика; уродинамика; уретероцистоанастомоз; реимплантация мочеточника*

Актуальность. Несмотря на внедрение малоинвазивных эндоскопических технологий лечения обструктивных уropатий, уретероцистоанастомоз (УЦА) остаётся золотым стандартом хирургии уретерovesикального соустья.

Цель: определить эффективность УЦА при мегауретере у детей с оценкой технологии его выполнения, эффективности и безопасности.

Материалы и методы. Проведён проспективный анализ собственных наблюдений 105 больных с мегауретером (168 экстравезикальных реимплантаций мочеточников) и обзор данных литературы.

Результаты. В 110 случаях выполнен первичный экстравезикальный УЦА, в остальных — повторный после ранее выполненных оперативных вмешательств (27 случаев после операции Козна, 23 — после УЦА по Политано–Леадбеттеру, 4 — после экстравезикального анастомоза, 4 — после лапароскопического поперечного УЦА). Анализировали возраст на момент выполнения хирургического вмешательства, технологию и метод УЦА, в том числе моделирование мочеточника по ширине, результаты оперативного лечения. Анализ литературы показал, что при реимплантации мегауретера используются методики Козна и экстравезикальные методы, в последние годы выполняемые трансвезикальными и лапароскопическими, в том числе роботоассистированными, методами. Данные литературы сравнивают методы анастомоза мегауретера с такими при пузырно-мочеточниковом рефлюксе, не выделяя особенностей операции при широком мочеточнике. Показано, что у детей до 2 лет УЦА сопряжён с худшими результатами. Анализ собственных данных состояния УЦА после ранее выполненных вмешательств на уретерovesикальном соустье (УВС) выявил технические ошибки и осо-

бенности методов, приводящих к осложнениям и необходимости повторной реконструкции УВС, к которым относится формирование афункционального тоннеля, состояние мочеточника с выраженной фасцией Вальдейера, не позволяющее восстановить его адекватную сократительную активность, гиперактивность детрузора, низкая секреция почки. Это требует максимально адаптированных малоинвазивных технологий формирования подслизистого тоннеля с продлённым его дренированием и использованием дренажей большего диаметра.

Заключение. УЦА при мегауретере у детей должен выполняться в соответствии с принципами реконструкции повреждённых мочевых путей с учётом врождённой дисплазии мочеточника, состояния детрузора и секреторной функции почки, определяющей перспективный диурез по неоуретеровезикальному соустью.

* * *