

ВЫБОР ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СОУСТЬЯ У ДЕТЕЙ

Врублевский С.Г.^{1,2}, Врублевская Е.Н.^{1,2},
Туров Ф.О.¹, Врублевский А.С.¹, Галкина Я.А.¹

¹Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

²Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; лапароскопия; пневмозикоскопия; реимплантация мочеточника; мегауретер

Актуальность. Эндовидеохирургические технологии всё чаще используются при выполнении уретеронеостоимплантаций в случаях мегауретера, безуспешности эндоскопической инъекционной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), а также эктопии устьев мочеточника в сочетании с аномалиями количества и дивертикулами мочевого пузыря. Пневмозикоскопический и лапароскопический доступы являются конкурирующими, имеют свои преимущества и недостатки. В ряде случаев способ доступа основан на предпочтениях хирурга. Нами проанализированы результаты операций, выполненных с применением этих методик, и выработаны показания для подобных вмешательств. **Цель:** определить эффективность эндовидеохирургических технологий при коррекции пороков уретеровезикального соустья у детей.

Материалы и методы. Авторами проведено 49 реимплантаций мочеточников у детей в возрасте от 6 мес до 17 лет включительно. Пневмозикоскопический доступ был использован у 21 ребёнка, лапароскопический — у 28. В 2 случаях потребовалось моделирование мочеточника. Продолжительность оперативных вмешательств с применением лапароскопического доступа, была 90–200 мин. У 6 детей был диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс в сочетании с дивертикулом Хатча и применено эндозикоскопическое удаление дивертикула мочевого пузыря с одномоментной реимплантацией компрометированного мочеточника. Средний объём мочевого пузыря при пневмозикоскопическом доступе составил 100 мл. Продолжительность оперативных вмешательств была от 60 до 240 мин. При необходимости дренирования верхних мочевых путей использовался Double-J стент независимо от способа доступа. Длительность каталитического наблюдения составила от 6 мес до 5 лет.

Результаты. Контрольное обследование было выполнено у 46 пациентов. При пневмозикоскопическом доступе в 1 случае потребовалась конверсия из-за выраженной рубцовой ригидности мочеточника после ранее перенесённых вмешательств и его фиксации в паравезикальном пространстве. ПМР в неоимплантированный мочеточник выявлен в 2 случаях при использовании лапароскопического доступа. У остальных 43 пациентов нарушения уродинамики отсутствовали.

Заключение. Эффективность хирургического вмешательства зависит не от способа доступа, а от обоснованности выбранной методики хирургической коррекции при патологии уретеровезикального соустья. Внутрипузырный доступ является наименее травматичным и анатомически обоснованным, что даёт прекрасную возможность осуществлять классические внутрипузырные операции малоинвазивно и с высокой

эффективностью. Пневмозикоскопическая уретеронеостоимплантация является предпочтительной при одно- и двустороннем ПМР, а также при сочетании ПМР и дивертикула мочевого пузыря. Лапароскопический доступ можно считать приоритетным при коррекции мегауретера, при удвоении мочевых путей в сочетании с эктопией устья одного из мочеточников, при рецидивах мегауретера и необходимости повторных реимплантаций.

* * *