

Г.Н. Румянцева, В.Н. Карташев, М.В. Долинина, А.Л. Аврасин

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России г.Тверь,

Кафедра детской хирургии

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: уретероцеле, эндоскопическое рассечение уретероцеле, уретерогидронефроз

Резюме: Уретероцеле – тяжелый порок развития мочевой системы, который при несвоевременной диагностике и лечении вызывает тяжелые обструктивные нарушения уродинамики верхних мочевых путей и приводит к потере функции почки. На современном этапе на смену большим реконструктивным операциям по удалению УЦ пришли малоинвазивные трансуретральные вмешательства, что позволило повысить эффективность лечения. Вместе с тем, остаются нерешенными вопросы профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) в послеоперационном периоде и прогрессирования нефросклероза. В статье приводится анализ результатов лечения 55 детей с различными формами УЦ.

Введение:

Уретероцеле (УЦ) представляет собой кистовидное расширение подслизистого отдела мочеточника, обусловленное врожденным стенозом или эктопией устья мочеточника. Размеры УЦ варьируют от небольших кист до занимающих значительный объем мочевого пузыря и пролабирующих в уретру [3]. УЦ чаще встречается при полном удвоении почек (80%), правостороннее и левостороннее диагностируется с одинаковой частотой, у 10-15% поражение двустороннее [3].

По данным литературы, врожденное уретероцеле диагностируется у 10,4% больных с врожденными заболеваниями верхних мочевых путей и встречается чаще у лиц женского пола (1:3) [1,5,6]. Большинство клиницистов считают, что золотым стандартом лечения является эндоскопическая инцизия УЦ. Однако эффективность данной методики составляет около 60%, поскольку после вмешательства нередко возникает пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), стенозирование вновь сформированного устья мочеточника [2,3,4,5]. Кроме того, встречающиеся аномалии ипсилатерального мочеточника удвоенной почки в виде обструктивного мегауретера, ПМР требуют выполнения уретероуретероанастомоза или уретеропиелоанастомоза. При отсутствии функции почки или сегмента при ее удвоении проводятся органуносящие операции.

Материалы и методы:

В урологическом отделении ДОКБ г. Твери с 1994 по 2021 г. пролечено 55 больных с врожденным УЦ в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Ортотопическое УЦ (уретероцеле солитарного мочеточника) диагностировано у 26 пациентов. Гетеротопическое УЦ (УЦ мочеточника удвоенной почки) выявлено у 29 детей, из них эктопическое – у 12.

Больным до и после оперативного лечения выполнялись следующие методы диагностических исследований: лабораторные, экскреторная урография, ультразвуковое исследование почек с оценкой состояния почечной паренхимы и внутриорганного кровотока, статическая нефросцинтиграфия, по показаниям – компьютерная томография почек с контрастированием, микционная цистоуретрография, цистоскопия. При проведении гистологического исследования (в случае иссечения стенок уретероцеле, органуносящей операции) выявлена гипоплазия мышц в сочетании с развитием грубой коллагеновой ткани, дефицитом эластических волокон в стенке дистального отдела мочеточника и кисты.

Открытые оперативные вмешательства – цистотомия с иссечением стенок уретероцеле с пересадкой мочеточников проводились с 1994-1998 гг., эндоскопическая инцизия УЦ как метод выбора выполняется с 1998 г. В раннем возрасте (до 3 лет) оперативное лечение выполнено у 59% больных, с 4 до 7 лет – 22%, с 8 до 17 лет – 19%. Виды оперативных вмешательств представлены следующим образом: цистотомия, иссечение оболочек уретероцеле с пересадкой мочеточников по антирефлюксной защите выполнено у 10% больных, эндоскопическая инцизия уретероцеле у 90%. Органуносящие операции составили 24% в случаях отсутствия восстановления функции почки. Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 10 лет.

Результаты и их обсуждение:

Дооперационное обследование показало, что у 53% детей с ортостатическим УЦ и у 87% с гетеротопическим УЦ по сравнению с контрлатеральной почкой имеется истончение почечной паренхимы, которое колебалось от 10 до 80%. Установлено, что тяжесть гипотрофии почечной паренхимы на стороне УЦ имела прямую зависимость от степени дилатации мочеточника и нарушением его перистальтики. В тоже время нами не установлена связь между возрастом ребенка на момент операции, размерами УЦ и тяжестью гипотрофии почечной паренхимы. При умеренной обструкции верхних мочевых путей у пациентов с ортотопическим и гетеротопическим УЦ по результатам УЗИ и экскреторной урографии изменения в почечной паренхиме не обнаружены. Уменьшение объема паренхимы почки отражалось потерей или снижением функции органа по данным статической нефросцинтиграфии.

После эндоскопической инцизии ортостатического уретероцеле восстановление паренхимы спустя 6 месяцев после операции наблюдалось у 40% больных, у 16% больных сохранялась гипотрофия паренхимы. У больных с гетеротопическим УЦ восстановление паренхимы заинтересованного сегмента почки отмечено у 16%, ипсилатерального сегмента – у 13%, улучшение – у 33% больных. Нормализация уродинамики после рассечения УЦ отмечена у 84% больных с ортотопическим УЦ и у 80% больных с гетеротопическим УЦ. В раннем послеоперационном периоде диагностировано уменьшение дилатации верхних мочевых путей на 30-60%, а полное восстановление наблюдалось через 6-12 месяцев. После эндоскопической

инцизии УЦ пузырно-мочеточниковый рефлюкс развился у 13%, стеноз искусственного устья мочеточника у 4 % пациентов.

Результаты лечения:

Хорошие результаты (сохранность почечной паренхимы и эвакуаторной способности на фоне нормализации собирательной системы почки, ремиссии пиелонефрита, отсутствие осложнений) отмечены у 77% детей; удовлетворительные (умеренная гипотрофия почечной паренхимы и дилатация чашечно-лоханочной системы с нарушением эвакуаторной функции, латентное течение пиелонефрита, наличие осложнений в виде ПМР) – у 23% пациентов.

Выводы:

Преимущества эндоскопического метода: нахождение в стационаре не более 7 дней, в п/о периоде дренирование мочевого пузыря катетером Фолея не более 2 суток, короткий реабилитационный период.

УЦ в 70% случаев вызывает тяжелые нарушения уродинамики верхних мочевых путей. В послеоперационном периоде улучшение уродинамики верхних мочевых путей отмечено у 83 % больных.

Наиболее эффективно лечение в раннем возрасте, т.к. в короткие сроки восстанавливается уродинамика, достигается ремиссия пиелонефрита и снижается риск развития нефросклероза.

Осложнения эндоскопического рассечения УЦ отмечены у 17% больных. (ПМР – у 13%, стеноз искусственного устья – у 4%). Пациенты после оперативного лечения уретероцеле должны состоять на диспансерном учете для контроля за состоянием функции почки и своевременного выявления осложнений.

Список литературы:

1. Дутов В.В., Долгов А.Г., Романов Д.В. Уретероцеле и уролитиз // Российский медицинский журнал.-2014.-Т 22, № 29.-С. 2096-2099.
2. Королькова И.А., Уренков С.Б. Клиника, диагностика и лечение уретероцеле//Методические рекомендации МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского. - М., 1988.
3. Николаев В.В., Абдуллаев Ф.К., Кулаев В. Д., Гусейнов А.Я.//Детская хирургия.-2007.-№ 4.-С. 35-38.
4. Румянцева Г.Н., Хирургические формы удвоенной почки у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1974.
5. Трапезникова М.Ф., Соболевский А.Б., Романов Д.В. Оптимальные методы лечение различных форм уретероцеле// Альманах клинической медицины 2002.- № 5.-С.101-108.

6. Puru P., Chertin B. et al. Treatment of vesicoureteral Teflon by endoscopic injection of dextranimer (hyaluronic acid) copolymer preliminary results//Т. Urol.-2003.-Vol.170.-P.1541-1544.