

Досвід екстравезикальної уретероцистонеоімплантації в дітей



**В.Д. Маліщук, Т.П. Овсійчук,
С.В. Комаровський, Ф.О. Гаврилюк**

Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня

Мета роботи — оптимізувати хірургічне лікування дітей із патологією міхурово-сечовідного сполучення шляхом упровадження оперативного методу уретероцистаноаномозу за J. Vaggu в модифікації А.Ю. Павлова.

Матеріали та методи. У хірургічному відділенні Херсонської дитячої обласної клінічної лікарні з 2012 по 2014 р. прооперовано 27 дітей (31 сечовід) із патологією міхурово-сечовідного сполучення. Хлопчиків було 22 (81,5 %), дівчат — 5 (18,5 %). Вік пацієнтів становив: до 1 року — 5 дітей, від 1 до 3 років — 16, 3—6 років — 3 хворих, 6—10 років — 2 та 10—15 років — 1 хворий. Двобічний мегауретер був у 3 пацієнтів, мегауретер подвоєних сечоводів також у 3 випадках. З обструктивним мегауретером було 23 (85 %) дитини, з рефлюксивним — 3 (11 %), із міхурово-сечовідним рефлюксом — 1 (4 %) хворий. Діагноз визначено на основі даних сонографії, екскреторної урографії, мікційної цистографії, цистоскопії.

Результати та обговорення. Неоімплантацію сечоводів проводили за методикою J. Vaggu в модифікації А.Ю. Павлова. Тривалість операції складала від 60 до 120 хв, у середньому — 90 хв. У хворих із розширеним сечоводом більш ніж 1,5 см в діаметрі проводили бужування за W. Hendren. У 2 випадках хворим із мегауретером подвоєної нирки уретероцистаноаномоз проводили єдиним блоком при діаметрі сечоводів до 1,0 см, та в 1 випадку виконано уретеро-уретероаномоз «кінець у бік» в н/3 сечоводів над сечовим міхуром та уретероцистаноаномоз одного з сечоводів. У випадку двобічного мегауретера оперативне втручання виконували у 2 хворих у два етапи з інтервалом 3-6 міс та в 1 дитини одразу з обох сторін. Сечовідний стент видаляли на 5-7 добу після операції, уретральний катетер — на 6—8 добу. Післяопераційний період тривав від 8 до 14 днів, у середньому — 11 днів. У 13 (87 %) хворих отримано позитивний результат. У 2 (13 %) пацієнтів виникли ускладнення: в 1 дитини — стеноз уретеровезикального сполучення та у 1 — міхурово-сечовідний рефлюкс.

Висновки. Екстравезикальна цистонеоімплантація сечоводів за J. Vaggu в модифікації А.Ю. Павлова в дітей має позитивні результати. Враховуючи її мінімальну травматичність порівняно з іншими методиками, високу ефективність, зменшення тривалості післяопераційного періоду, вважаємо доцільним продовжити впровадження цього способу уретероцистаноаномозу в дітей із мегауретером.

Ключові слова: діти, мегауретер, подвоєння сечоводів, міхурово-сечовідний рефлюкс, діагностика, лікування.

Поширеність мегауретера як аномалії розвитку сечового тракту в дитячій урології становить 0,7 %, із них 10—20 % випадків припадає на двобічне враження. У хлопчиків ця аномалія буває у 2—4 рази частіше, ніж у дівчаток. На сьогодні запропоновано

Стаття надійшла до редакції 11 лютого 2015 р.

Маліщук Володимир Дмитрович, зав. дитячого хірургічного відділу
73000, м. Херсон, вул. Українська, 81
Тел. (0552) 49-12-65

■ Т а б л и ц я
Розподіл пацієнтів за формою ураження сечоводу

Нозологія	n (%)
<i>Обструктивний мегауретер</i>	
Справа	3 (13,0)
Зліва	16 (69,6)
Двобічний	2 (8,7)
Подвоєних сечоводів справа	0 (0)
Подвоєних сечоводів зліва	2 (8,7)
Усього	23 (100)
<i>Рефлюксивний мегауретер</i>	
Справа	1 (33,3)
Зліва	1 (33,3)
Двобічний	1 (33,3)
Усього	3 (100)
<i>МСР</i>	
Подвоєння справа, МСР в обох сегментах	1 (100)
Усього	1 (100)

понад 80 методів хірургічної корекції уретерове-зикального сполучення (УВС). На сучасному етапі перевагу віддають внутрішньоміхуровим реконструктивно-пластичним операціям (РПО) за Politano—Leadbetter, Cohen, Hutch завдяки їх високій ефективності — до 93—99 %. Однак інтраопераційний контакт з інфікованою слизовою та сечею, значна внутрішньоміхурова травма слизової збільшують матеріальні затрати і тривалість післяопераційного періоду лікування (у середньому 14—26 днів). Екстравезикальна методика за Lich—Gregoir без проникнення не набула поширення через значну травму детрузора при детрузорорафії та низьку ефективність — до 68—93 %. Зважаючи на недоліки та переваги різних варіантів РПО на УВС, триває пошук оптимального малотравматичного методу без проникнення. На нашу думку, уретероцистоанастомоз за J. Barry в модифікації А.Ю. Павлова відповідає сучасним вимогам.

Мета роботи — оптимізувати хірургічне лікування дітей із патологією міхурово-сечовідного сполучення шляхом упровадження оперативного методу уретероцистоанастомозу за J. Barry в модифікації А.Ю. Павлова.

Матеріали та методи

У хірургічному відділенні Херсонської дитячої обласної клінічної лікарні з 2012 р. по 2014 р. прооперовано 27 дітей (31 сечовід) із патологією міхурово-сечовідного сполучення. Хлопчиків було 22 (81,5 %), дівчаток — 5 (18,5 %). Вік пацієнтів: до 1 року — 5 дітей, від 1 до 3 років — 16, 3—6 років — 3, 6—10 років — 2 та 10—15 років — 1. Двобічний мегауретер був у 3 пацієнтів, мегауретер подвоєних сечоводів також у 3 випадках.

З обструктивним мегауретером було 23 (85 %) дитини, з рефлюксивним — 3 (11 %), із міхурово-сечовідним рефлюксом (МСР) — 1 (4 %) (таблиця).

Діагноз визначено на основі даних сонографії, ексреторної урографії, мікційної цистографії,

цистоскопії. З метою уточнення ступеня зниження функції нирки використовували дані ексреторної урографії, реносцинтиографії.

Результати та обговорення

Неоімплантацію сечоводів проводили за методикою J. Barry в модифікації А.Ю. Павлова. Тривалість операції становила від 60 до 120 хв, у середньому — 90 хв.

У хворих із розширеним сечоводом більш ніж 1,5 см в діаметрі проводили бужування за W. Hendren. У 2 випадках хворим із мегауретером подвоєної нирки уретероцистоанастомоз проводили єдиним блоком при діаметрі сечоводів до 1,0 см, та в 1 випадку виконано уретеро-уретероанастомоз «кінець у бік» у нижній третині сечоводів над сечовим міхуром та уретероцистоанастомоз одного із сечоводів. У випадку двобічного мегауретера оперативне втручання виконували у 2 хворих у два етапи з інтервалом 3—6 місяців та в 1 дитини одразу з обох боків.

У післяопераційний період хворі отримували звичайну стандартну інфузійну та антибактеріальну терапію, антибіотики цефалоспоринового або аміноглікозидного ряду. Для купірування болювого синдрому достатньо було призначення нестероїдних анальгетиків (метамізол натрієвої солі, ібупрофен, парацетамол). Сечовідний стент видаляли на 5—7 добу після операції, уретральний катетер — на 6—8 добу. Післяопераційний період тривав від 8 до 14 днів, у середньому — 11 днів.

У пізній післяопераційний період (через 1 рік) отримано результати у 15 дітей. Критерії позитивного результату: нормалізація показників клінічних аналізів сечі, відсутність нападів пієлонефриту, відсутність обструкції та зменшення дилатації на ексреторних урографіях та МСР на цистограмах. У 13 (87 %) хворих отримано позитивний результат. У 2 (13 %) пацієнтів виникли ускладнення: в 1 дитини — стеноз УВС та в 1 — МСР. Стеноз пов'язуємо з бужуванням сечоводу за W. Hendren, хворому виконано повторну уретероцистоімплантацію з позитивним результатом. МСР скорегували ендоскопічною імплантацією гідрогелю без технічних труднощів.

У перших прооперованих хворих позитивний результат отримано майже у 90 % випадків. Ця методика перебуває на етапах упровадження, тому опрацювання результатів триває.

Висновки

Екстравезикальна цистонеоімплантація сечоводів за J. Barry в модифікації А.Ю. Павлова в дітей має позитивні результати. Враховуючи її мінімальну травматичність порівняно з іншими методиками, високу ефективність, зменшення тривалості післяопераційного періоду, вважаємо доцільним продовжити впровадження цього способу уретероцистоанастомозу в дітей із мегауретером.

Література

1. Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Є. Вроджені вади сечових шляхів у дітей.— Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.— 218 с.
2. Лопаткін Н.А., Пугачов А.Г. Міхурово-сечовідний рефлюкс.— М.: Медицина, 1990.— 208 с.
3. Павлов А.Ю. Екстравезикальний уретероцистоанастомоз — мінімально інвазивна технологія // XI Російський конгрес «Інноваційні технології в педіатрії та дитячій хірургії».— М., 2012.
4. Терещенко А.В. Хірургія вад розвитку сечоводів у дітей.— К.: Здоров'я, 1981.— 179 с.
5. Хінман Ф. Оперативна урологія.— М., 2001.— С. 811—819.
6. Barry J.M. Unstented extravesical ureteroneocystostomy in kidney transplantation // J. Urol.— 1983.— Vol. 129 (5).— P. 918—919.
7. Sheldon C.A., Wacksman J. Міхурово-сечовідний рефлюкс // Детская хирургия / Под ред. К.У. Ашкрафта, Т.М. Холдера.— СПб: Пит-Тал, 1997.— Т. 2.— С. 308—327.
8. Kim S.H. Мочеточник // Детская хирургия / Под ред. К.У. Ашкрафта, Т.М. Холдера.— СПб: Пит-Тал, 1997.— Т. 2.— С. 296—307.

Опыт экстравезикальной уретероцистонеоимплантации у детей

В.Д. Малищук, Т.П. Овсийчук, С.В. Комаровский, Ф.А. Гаврилюк

Херсонская детская областная клиническая больница

Цель работы — оптимизировать хирургическое лечение детей с патологией пузырно-мочеточникового сообщения с помощью внедрения оперативного метода уретероцистоанастомоза по J. Barry в модификации А.Ю. Павлова.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Херсонской детской областной клинической больницы с 2012 по 2014 г. прооперировали 27 детей (31 мочеточник) с патологией пузырно-мочеточникового сообщения. Мальчиков было 22 (81,5 %), девочек — 5 (18,5 %). Возраст пациентов составлял: до 1 года — 5 детей, от 1 до 3 лет — 16, 3—6 лет — 3 случая, 6—10 лет — 2 и 10—15 лет — 1 больной. Двусторонний мегауретер был у 3 пациентов, мегауретер удвоенных мочеточников тоже в 3 случаях. С обструктивным мегауретером было 23 (85 %) больных, с рефлюксным — 3 (11 %), с пузырно-мочеточниковым рефлюксом — 1 (4 %) ребенок. Диагноз определяли на основании данных сонографии, экскреторной урографии, микционной цистографии, цистоскопии.

Результаты и обсуждение. Неоимплантацию мочеточников проводили по методике J. Barry в модификации А.Ю. Павлова. Продолжительность операции составляла от 60 до 120 мин, в среднем — 90 мин. У детей с расширенным мочеточником более чем 1,5 см в диаметре проводили бужирование по W. Hendren. У 2 больных с мегауретером удвоенной почки уретероцистоанастомоз проводили единым блоком при диаметре мочеточников до 1,0 см, и в 1 случае выполняли уретероуретероанастомоз «конец в сторону» в н/3 мочеточников над мочевым пузырем и уретероцистоанастомоз одного из мочеточников. В случае двустороннего мегауретера оперативное вмешательство выполняли в два этапа с интервалом 3—6 мес — у 2 больных и сразу с обеих сторон — у 1 ребенка. Мочеточниковый стент удаляли на 5—7 сут после операции, уретральный катетер — на 6-8 сут. Послеоперационный период составлял от 8 до 14 дней, в среднем — 11 дней. У 13 (87 %) больных получили положительный результат. У 2 больных (13 %) возникли осложнения: у 1 ребенка — стеноз уретероцистонеоимплантации и у 1 — пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Выводы. Экстравезикальная цистонеоимплантация мочеточников по J. Barry в модификации А.Ю. Павлова у детей дает положительные результаты. Учитывая ее минимальную травматичность по сравнению с другими методиками, высокую эффективность, уменьшение продолжительности послеоперационного периода, считаем целесообразным продолжить внедрение этого способа уретероцистоанастомоза у детей с мегауретером.

Ключевые слова: дети, мегауретер, удвоение мочеточников, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, диагностика, лечение.

The extravasal ureterocystoneoimplantation experience in children

V.D. Malyschuk, T.P. Ovsyuchuk, S.V. Komarovskyy, F.A. Havryliuk

Kherson Regional Pediatric Clinical Hospital

The aim — was to optimize the surgical treatment of children with vesicoureteral connection pathology by implementing of J. Barry ureterocystoanastomosis in A.Y. Pavlov modification.

Materials and methods. 27 children (31 ureters) with vesicoureteral connection pathology were operated in the period 2012 to 2014 in the surgical department of the Kherson Regional Children's Hospital. Patients included 22 boys (81.5 %), girls — 5 (18.5 %): up to 1 year — 5 children, 1 to 3 years — 16, 3—6 years — 3 cases, 6—10 years — 2 and 10—15 years — 1 patient. Bilateral megaureter was in 3 patients, megaureter duplicated ureters also in 3 cases. Obstructive megaureter was observed in 23 (85 %) patients, reflux — in 3 (11 %), with cysto-ureteral reflux — 1 (4%) child. The diagnosis was determined on the basis of ultrasonography, excretory urography, voiding cystography, cystoscopy.

Results and discussion. J. Barry ureterocystoneoimplantation in A.Y. Pavlov modification was performed. Surgery duration was 60—120 min., in the average 90 minutes. W. Hendren bouginage was performed in children with dilated ureter more than 1.5 cm in diameter. In 2 patients with kidney megaureter and with the diameter of the ureters to 1.0 cm double ureterocystoanastomosis was performed in 1 bloc, and in 1 case — the uretero-ureteroanastomosis «end-to-side» in 1/3 ureter part over the bladder and ureterocystoanastomosis in one case. In the case of bilateral megaureter surgery was performed in two stages with an interval of 3—6 months — in 2 patients, and immediately on both sides — in 1 child. Ureteral stent was removed 5—7 days after surgery, urethral catheter on 6—8th days. Postoperative period duration was from 8 to 14 days, in average 11 days. Positive result was obtained in 13 (87 %) patients. Two patients (13 %) had complications: ureterovesical connection stenosis was observed in 1 patient, in second — cystic — ureteral reflux.

Conclusions. The extravasal ureterocystoneoimplantation by J. Barry in A.Y. Pavlov modification have positive results in children. The minimal injury, high efficiency, postoperative period duration reduction compared to the second method make this method preferable for children with megaureter.

Key words: children, megaureter, duplicated ureters, cysto-ureteral reflux, reflux, diagnostics, treatment.