

Результаты и их обсуждение. Среднее время тепловой ишемии почки составило 12,2 минуты (от 7 до 20 минут). У всех 12 пациентов анастомоз накладывался после прошивания поврежденных сосудов и снятия сосудистого зажима. Кровотечение на этом этапе отмечено у 7 пациентов. Средний объем кровопотери составил 420 мл (от 150 мл до 600 мл). Кровотокающие сосуды прошивали отдельными 8-образными швами, стараясь не деформировать нижнюю чашку. В двух случаях для купирования кровотечения пришлось прибегнуть к наложению п-образных и обвивных швов. Данные швы могут приводить к нарушению анатомии и кровоснабжения тканей нижнего полюса почки, поэтому в остальных наблюдениях мы их не использовали. Тем не менее, во всех случаях анастомоз накладывался в условиях хорошей видимости без какого-либо натяжения. Фиброзную капсулу почки не подшивали к зоне анастомоза ни в одном из наблюдений, так как считаем, что это может способствовать формированию выраженных склеротических изменений. Выделить нижнюю чашку на протяжении 5–7 мм удалось у 8 из 12 пациентов, у остальных 4 больных края нижней чашки не выступали за край резекции паренхимы. Значительных послеоперационных осложнений, связанных с резекцией почки или анастомозированием мочеточника с чашкой выявлено не было. Только у трех больных отмечалось неинтенсивное подтекание мочи из раны на протяжении недели после операции.

Ранние результаты прослежены у 9 пациентов. Сроки наблюдения варьировали от 4 до 24 месяцев (в среднем 8,9 месяца). Хорошие функциональные результаты отмечены у всех оперированных больных (отсутствие болевого синдрома, рецидива мочекаменной болезни и обострений пиелонефрита, хорошая функция оперированной почки). Однако ретенционные изменения сохранились у 2 пациентов с толщиной почечной паренхимы 7–9 мм, что расценено, как удовлетворительный результат. В 8 из 9 случаев послеоперационное обследование включало МСКТ почек с контрастным усилением. При этом хорошая визуализация уретерокаликаноанстомоза была возможной у 7 пациентов.

Выводы. Уретерокаликаноанстомоз обеспечивает хорошие функциональные результаты у большинства больных со сложной или рецидивной патологией лоханочно-мочеточникового сегмента. Приоритеты такого подхода мы видим в анастомозировании неизмененных тканей нижней чашки и мочеточника, а также в том, что анастомоз накладывается в условиях хорошей видимости. В настоящее время очевидно, что результаты уретерокаликаноанстомоза гораздо лучше при первичных операциях и у пациентов с сохранной почечной паренхимой. Мы считаем, что уретерокаликаноанстомоз является операцией выбора при «внутрипочечном» гидронефрозе или рецидивировании камней у пациентов с внутрипочечной лоханкой. Однако необходим дальнейший анализ результатов, полученных в более длительные сроки наблюдения.

Список литературы

1. Neuwirt K. *Implantation of the lower ureter into the lower calyx of the renal pelvis // VII Congress de le Societe Internationale d'Urologie, Part 2. – 1947. – P. 253–255.*
2. Manetti Siracusano *Les anastomoses urütüro-calicielles // Chir. Path. Sper. – 1956. – V. 4. – P. 929.*
3. Hawthorne N.J., Zincke H., Kelalis P.P. *Ureterocalicostomy: an alternative to nephrectomy // J. Urol. – 1976. – V. 115, N 5. – P. 583–586.*
4. Couvelaire R., Auvert J., Moulounguet A., Cukier J., Leger P. *Implantations et anastomoses urütüro-calicielles. Techniques et indicatios // J. Urol. Nüphrol. – 1964 – V. 70. – P. 437.*
5. Osman T., Eltahawy I., Fawaz Kh. et al. *Ureterocalicostomy for treatment of complex cases of ureteropelvic junction obstruction in adults // Urology. – 2011. – V. 78. – P. 202–207.*
6. Selli C., Rizzo M., Moroni F. et al. *Ureterocalicostomy in the treatment of pyeloplasty failures // Urol. Int. – 1992. – V. 48. – P. 274–277.*
7. Ross J.H., Streem S.B., Novick A.C. et al. *Ureterocalicostomy for reconstruction of complicated pelviureteric junction obstruction // Br. J. Urol. – 1990. – V. 65. – P. 322–325.*
8. Ben Slama, Zaafrani R., Ben Mouelli S. et al. *Ureterocalicostomy: last resort in the treatment of certain forms of ureteropelvic junction stenosis: report of 5 cases // Prog. Urol. – 2005. – V. 15. – P. 646–649.*
9. Matlaga B.R., Shah O.D., Sing D. et al. *Bottom of form ureterocalicostomy: a contemporary experience // Urology. – 2005. – V. 65. – P.42–44.*

Реферат

АНАЛІЗ РАННІХ РЕЗУЛЬТАТІВ УРЕТЕРОКАЛІКОАНАСТОМОЗУ

В.М. Лісовий, Д.В. Шукін, І.А. Гарагатий,
І.М. Антонян, П.В. Мозжаків,
В.І. Савенков, В.М. Демченко,
Г.Г. Хареба, В.В. Мегера, Р.В. Стецишин

У роботі представлені ранні результати уретерокалікоанастомозу у 12 пацієнтів з сечокам'яною хворобою і складною патологією мисково-сечовідного сегмента. Уретерокалікоанастомоз забезпечує задовільні функціональні результати у більшості хворих. Ми вважаємо, що уретерокалікоанастомоз є операцією вибору при «внутрішньонирковому» гідронефрозі або рецидивуванні каменів у пацієнтів з «внутрішньонирковою» мискою. Однак необхідний подальший аналіз результатів, який ґрунтувався на більш тривалих спостереженнях.

Ключові слова: уретерокалікоанастомоз, гідронефроз, патологія мисково-сечовідного сегмента.

Адреса для листування

Шукін Д.В.
г. Харків, ул. Садовый проезд, 22/28
E-mail: shukindv@gmail.com

Summary

ANALYSIS OF EARLY RESULTS OF THE URETEROCALICOSTOMY

V.N. Lesovoy, D.V. Shchukin, I.A. Garagatyi,
I.M. Antonyan, P.V. Mozzhakov,
V.I. Savenkov, V.N. Demchenko,
G.G. Khareba, V.V. Megera, R.V. Stetsishin

The study presents the early results ureterocalicostomy at 12 patients with urolithiasis and complex pathology UPJ. Ureterocalicostomy provides good functional results in most patients. We believe that ureterocalicostomy is the operation of choice in the «intrarenal» hydronephrosis or recurrence of stones in patients with intrarenal pelvis. However, further analysis of the longer-term results needs.

Key words: ureterocalicostomy, hydronephrosis, complex pathology UPJ.