

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ УРОДИНАМИКИ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ВТОРИЧНЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

И.М. Русинко, А.В. Приходько, К.А. Троян, А.В. Дулепин

КУ «Д 12 ТМО» ДООС, г. Днепрпетровск, Украина

Эффективность хирургического лечения пациентов с нефроптозом находится не на должном уровне. Без своевременного оперативного лечения прогноз при нефроптозе весьма неблагоприятный и часто заканчивается осложнениями, среди которых по тяжести одно из первых мест занимает приобретенный (вторичный) гидро- и уретерогидронефроз.

Бывает подвижный и фиксированный (посттравматический) нефроптоз. Мочеточник при опущении почки искривляется, образуя перегибы, что приводит к развитию уретерогидронефроза. А если перегиб возникает в области лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), то возникают явления гидронефроза.

Под нашим наблюдением находились 24 женщины и 4 мужчины нефроптозом, осложненным гидро- и уретерогидронефрозом. В 64,3% случаев – сочетание нефроптоза с гидронефрозом, в 35,7% – нефроптоз с уретерогидронефрозом.

Нами разработан оригинальный метод фиксации почки за верхний полюс при помощи проленовой сетки к сухожильным ножкам диафрагмы.

Межреберным доступом в 11-м межреберье послойно вскрываем забрюшинное пространство,

капсулу Герота. Мобилизуем ножки диафрагмы и верхний полюс патологически подвижной почки. К фиброзной капсуле верхнего полюса почки подшиваем лоскут проленовой сетки 8 капроновыми швами. Через латеральную и среднюю ножки диафрагмы прошиваем 2 лавсановые лигатуры. Визуальная ревизия мочеточника, ЛМС и лоханки. По показаниям выполняем уретеролиз и устранение педункулита, иссечение варикозно расширенных вен по ходу мочеточника, устранение углообразования мочеточника, пластика ЛМС по Кучера и Андерсену–Хайнсу, уретерокаликаноанастомоз с нефростомией и дренированием мочеточника. Проксимальные концы лигатур прошиваем верхний полюс почки с задней поверхности на переднюю через проленовую сетку. Ассистент, надавливая за нижний полюс почки, подает ее к диафрагме, оператор завязывает лигатуры. Почка занимает физиологическое положение в своем ложе. Послойное ушивание раны.

Нами выполнено: 5 (17,8%) уретерокаликаноанастомозов; 7 (25%) – пластик ЛМС по Кучера; 6 (21,5%) – пластик ЛМС по Андерсену–Хайнсу; 10 (35,7%) – уретеролиз и устранение педункулита и углообразования мочеточника, иссечение варикозно расширенных вен по ходу мочеточника.

ІМУНО-ЕНЗИМУРИЧНІ ПОКАЗНИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕФРОСКЛЕРОЗУ У ДІТЕЙ НЕКОМПЕНСОВАНИХ ФОРМ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА (ОМУ) У ДІТЕЙ

*Г.М. Драннік, Г.Г. Нікуліна, В.Ф. Петербургський, Н.А. Калініна,
Л.Я. Мигаль, В.С. Савченко, В.В. Головкевич*

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ, Україна

Відомо, що ОМУ відносять до найбільш тяжких форм обструктивних уропатій у дітей.

Метою роботи є оцінка функціонального стану нирки після відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів за рівнем протизапаль-

ного цитокіну – трансформуючого фактора росту-β1 (ТФР-β1), прозапального цитокіну – фактора некрозу пухлин-α (ФНП-α), просклеротичного моноцитарного хемоатрактантного протеїну-1 (MCP-1) та рівнів активності N-ацетил-