

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-

β -D-глюкозамінідази (НАГ) та β -галактозидази (β -ГАЛ) – умовно реноспецифічних ензимів. Обстежено 55 хворих дітей з некомпенсованою формою ОМУ до та 36 пацієнтів після реконструктивних операцій (через 1 рік); контрольна група – 25 здорових дітей.

Аналіз результатів визначення рівнів ТФР- β 1, ФНП- α , МСР-1 та активності НАГ та β -ГАЛ у сечі хворих з ОМУ вірогідно більше показників контрольної групи ($P < 0,01$). Етапна корекція некомпенсованих форм ОМУ сприяє покращенню уродинаміки, тоді як у частини пацієнтів функціональна здатність нирок не

відновлювалась (за даними наведених імунологічних показників – у 62,5–75–18% та ензимологічних – у 28,2–43,8%). Встановлено, що підвищення імунологічних та ензимологічних показників у сечі після відновлення уродинаміки можуть бути критеріями для формування груп ризику розвитку нефросклерозу.

Таким чином, визначення імунологічних та ензимологічних показників у сечі хворих дітей є інформативними методами для оцінки функціонального стану нирок та ефективності етапного лікування хворих дітей некомпенсованих форм ОМУ.

АНТЕГРАДНАЯ И РЕТРОГРАДНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ, ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНОВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ УРЕТЕРОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КАМНЕЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА

Ю.П. Серняк, Ю.В. Роцин, А.С. Фуксзон, М.В. Криштопа, Е.Н. Слободянюк

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк, Украина

Введение. Современное развитие технологии дало возможность выбора метода лечения: антеградная (АУРС) и ретроградная (РУРС) уретеролитотрипсия, экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия (ЭУВЛ), лапароскопическая уретеролитотомия (ЛУ) – в зависимости от клинической ситуации индивидуально для каждого больного.

Материал и методы исследования. С 2005 по 2012 г. в клинике урологии ФИПО ДНМУ, на базе ДЦГКБ№1 изучено 653 пациента в возрасте 18–72 лет с камнями проксимального отдела мочеточника размером более 1 см. ЭУВЛ выполнено 289, РУРС – 32, АУРС – 16, ЛУ – 312 больным.

Результаты и их обсуждение. Эффективность ЭУВЛ со стентированием составила 89,8%.

Однако многосеансность терапии пролонгировало время лечения – в среднем 17 (5–32) дней. Эффективность РУРС составила 59%. Продолжительность госпитализации – 6 (4–9) дней. Эффективность АУРС – 88%. Длительность стационарного лечения – 6 (4–9) дней. Эффективность лапароскопической уретеролитотомии – 98,4%. Длительность госпитализации – 7 (5–11) дней.

Выводы. ЛУ метод лечения проксимального уретеролитиаза имеет наибольшую эффективность (98,4%), но и выраженный болевой фактор, и продолжительные сроки госпитализации. ЭУВЛ при высокой эффективности 89,8% более социально адаптивный метод лечения, так как менее выражен болевой фактор и терапия может проводиться в амбулаторном режиме.