

АНАЛИЗ РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ УРЕТЕРОКАЛИКОАНАСТОМОЗА

*В.Н. Лесовой¹, Д.В. Щукин¹, И.А. Гарагатый¹, И.М. Антонян¹, П.В. Мозжаков²,
В.И. Савенков², В.Н. Демченко², Г.Г. Хареба², В.В. Мегера², Р.В. Стецишин³*

*Харьковский национальный медицинский университет¹
Харьковский областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповалова²
Харьковская медицинская академия последипломного образования³*

Введение. Протяженные стриктуры верхней трети мочеточника, выраженный рубцовый процесс в области лоханки, а также гидронефроз у пациента с внутрипочечной лоханкой являются показаниями к выполнению одного из вариантов сложной пластической реконструкции верхних мочевых путей – уретерокаликоанастомоза (УКА). Нужно отметить, что анастомоз между мочеточником и нижней чашкой представляет собой значимую альтернативу пожизненной нефростомии, нефрэктомии, замещению мочеточника тонкой кишкой либо аутотрансплантации почки с пиеловезикоанастомозом.

Впервые уретерокаликоанастомоз был выполнен в 1947 году Newirt K. у пациента с мочекаменной болезнью [1]. В 1956 году Manetti и Siracusano провели экспериментальное исследование возможности анастомоза между мочеточником и нижней чашкой на собаках [2]. Однако эта техника использовалась крайне редко, в основном, чтобы компенсировать неудачи пластики лоханочно-мочеточникового сегмента. Тем не менее, Couvelaire R. и соавт. в 1964 г. предложили использовать УКА в качестве первичной операции у пациентов с гигантским гидронефрозом [3].

Широкое внедрение этой операции сдерживалось высоким уровнем стриктур анастомоза. Современная техника уретерокаликоанастомоза была описана Hawthorne et al. в 1976 году, которые предложили обширную резекцию нижнего полюса почки, как важнейшую интегральную часть данного хирургического вмешательства [4].

В последние годы данная операция также выполняется очень редко из-за своей сложности и высокой вероятности недостаточности анастомоза. Большинство работ, посвященных УКА, включает небольшое количество пациентов с различными причинами недостаточности пиелуретерального сегмента [5–10]. Мы проанализировали ранние результаты уретерокаликоанастомоза у небольшой серии пациентов.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 12 пациентов, которые были

оперированы в клинике с 2011 по 2013 год. У 10 из них отмечалась мочекаменная болезнь, у 1 – выраженный фиброз в области внутрипочечной лоханки, еще у одной пациентки имел место ретроперитонеальный фиброз с поражением мочеточников и лоханок обеих почек. В качестве первичной операции уретерокаликоанастомоз выполнен у 5 больных. В одном наблюдении анастомоз накладывался при проведении аутотрансплантации почки. Хорошее функциональное состояние почки отмечалось у 8 из 11 пациентов. Толщина паренхимы менее 10 мм зафиксирована у 3 страдавших, в остальных наблюдениях этот параметр составлял не менее 16 мм. Тяжелый панцирный паранефрит имел место у 4 пациентов. У остальных 8 отмечались выраженные фиброзные изменения в области лоханки и верхней трети мочеточника.

Техника уретерокаликоанастомоза включала резекцию нижнего полюса почки с выделением нижней чашки в условиях тепловой ишемии. Резекция почки рассматривалась нами как наиболее важное условие адекватности наложения анастомоза между чашкой и мочеточником. В большинстве случаев старались максимально сохранить стенки чашки и пересечь чашку на 5–7 мм дистальнее плоскости резекции паренхимы. Следующим этапом выполняли тщательное ушивание поврежденных сосудов и накладывали анастомоз между чашкой и мочеточником после снятия сосудистого турникета. Особое внимание уделяли прошиванию сосудов, расположенных рядом с резерированной чашкой. В двух случаях с гемостатической целью паренхима почки прошивалась п-образными швами. Дренирование ЧЛС с помощью стента и нефростомы было выполнено у 4 пациентов, в остальных случаях использовалось стентирование мочеточника. Мочеточниковый стент удаляли через 2 месяца после операции. Результаты оценивали на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии.

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). Кровоточащие сосуды прошивали раздельными 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.

Список литературы

1. Neuwirt K. *Implantation of the lower ureter into the lower calyx of the renal pelvis // VII Congress de la Societe Internationale d'Urologie, Part 2.* – 1947. – P. 253–255.
2. Manetti Siracusano *Les anastomoses urétero-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., Moulouquet A., Cukier J., Leger P. *Implantations et anastomoses urétero-calicielles. Techniques et indicatios // J. Urol. Nephrol.* – 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. Sell 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, Zafrani 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.

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 усиливанием. При этом хорошая визуализация уретерокаликоанастомоза была возможной у 7 пациентов.

Выводы. Уретерокаликоанастомоз 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 уретерокаликоанастомоза гораздо лучше при первичных операциях и у пациентов с сохранной почечной паренхимой. Мы считаем, что уретерокаликоанастомоз 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.

10. Mesrobian H.G., Kelalis P.P. Ureterocalicostomy: indications and results in 21 patients // J. Urol. – 1989. – V. 142. – P. 1285–1287.

Реферат

АНАЛІЗ РАННІХ РЕЗУЛЬТАТІВ УРЕТЕРОКАЛІКОАНАСТОМОЗУ

В.М. Лісовий, Д.В. Щукін, І.А. Гарагатій,
І.М. Антонян, П.В. Мозжаков,
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 сечо-кам'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 ґруntувався на більш тривалих спостереженнях.

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

Адреса для листування

Щукин 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. Mozhakov,
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.