

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ МЕГАЛОУРЕТЕРІ У ДОРΟΣЛИХ

Л.П. Саричев<sup>1</sup>, А.Ф. Філоненко<sup>2</sup>, Я.В. Саричев<sup>1</sup>, С.А. Сухомлин<sup>1</sup>, С.М. Супруненко<sup>1</sup>

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава<sup>1</sup>  
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського<sup>2</sup>

Виділяють первинний мегалоуретер, який розвивається на тлі нейром'язової дисплазії сечоводу, та вторинний, як результат підвищеного внутрішньоуретерального тиску при стриктурі передміхурового відділу сечоводу чи міхурово-сечовідному рефлексі [2]. На наш погляд, найбільш вдалою є класифікація М.О. Лопаткіна та Л.М. Лопаткіної (1973), згідно з якою розвиток патологічного процесу поділяють на три стадії: I – порушення уродинаміки лише останнього цистоїду, яке класифікують як ахалазія; II – розширення сечоводу по всій довжині, при цьому функція нирки залишається збереженою; III – уретерогідронефроз, який супроводжується нефросклерозом та порушенням функції нирки [1]. Незважаючи, що нейром'язова дисплазія сечоводу зустрічається у дорослих, публікації, як правило, стосуються мегалоуретера у дітей [3]. При цьому немає єдиного погляду на лікувальну тактику в залежності від стадії патологічного процесу, супутньої патології, тощо.

**Мета дослідження.** Проаналізувати віддалені результати хірургічного лікування мегалоуретера у дорослих.

**Матеріали та методи дослідження.** За період з 1997 до 2012 р. в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скліфосовського перебувало на лікуванні 26 хворих віком від 15 до 59 років (середній вік  $27,8 \pm 4,3$ ). Чоловіків було 14, жінок – 12. Ураження правої нирки мало місце у 12 пацієнтів, лівої – у 14 пацієнтів.

У 9 спостереженнях (34,6%) причиною звернення до лікаря був больовий синдром, у 3 випадках, пов'язаний з уролітіазом, у 12 (46,2%) – загострення інфекційного запального процесу, у 5 (19,2) – артеріальна гіпертензія.

Крім загальноклінічних та функціональних методів дослідження всім хворим виконувалось УЗД, оглядова та екскреторна урографія, цистографія, 22 пацієнтам – КТ нирок та сечових шляхів.

Усім хворим діагноз «нейром'язова дисплазія сечоводу» виставляли за результатами

гістологічного дослідження. У 5 пацієнтів (19,2%) нейром'язова дисплазія поєднувалась із стриктурою передміхурового відділу сечоводу, у 6 (23,1%) – з міхурово-сечовідним рефлексом. У 2 пацієнтів (7,7%) виявлено порушення функції сечового міхура за гіпотонічним типом (у вигляді «башти»).

У 14 пацієнтів діагностовано I стадію нейром'язової дисплазії сечоводу, з розширенням нижнього цистоїду до 2–2,5 см. У 11 пацієнтів діагностовано II стадію захворювання, з розширенням нижнього відділу сечоводу до 2,5–3 см, середнього – до 1,5–2 см та верхнього – до 1 см. У 1 випадку виявлений термінальний гідронефроз.

Усі хворі були оперовані. У 16 випадках проведено резекцію тазового відділу сечоводу, у 6 випадках – нижнього та частини середнього відділу сечоводу. У 3 випадках резекція нижнього відділу доповнювалась звуженням середнього відділу сечоводу: в 2 спостереженнях шляхом утворення дублікатури (за Bischoff) та в 1 спостереженні за рахунок повздовжньої резекції стінки сечоводу (за Kalicinski). При термінальному гідронефрозі виконано нефроуретеректомію.

У 16 спостереженнях, при дефекті сечоводу до 8 см, утворення анастомозу стало можливим за умов мобілізації сечового міхура та Psoas Hitch Procedure.

У 9 спостереженнях, при дефекті сечоводу 8–14 см утворювали анастомоз за рахунок широкого клаптя сечового міхура за Demel-Дерев'янку (1924; 1979). Сечовий міхур мобілізували і пересікали впоперек з протилежного ураженому сечоводу боку. Широкий клапоть відводили вгору до ураженого сечоводу. Без натягування куксу сечоводу занурювали у підслизовий тунель довжиною до 3 см і фіксували ззовні 3–4 вузловими синтетичними швами (вікріл 3/0–4/0). Близько 1 см сечоводу виводили у сечовий міхур, формували манжетку Рікардо і фіксували до стінки сечового міхура 3 вузловими швами (хромкетгут 3/0–4/0). Проводили інтубацію сечоводу катетером-стентом типу «pig-tail»

6–8F. Сформовану трубку і сечовий міхур зашивали наглухо синтетичними швами (вікріл 2/0–3/0) і дренивали балон-катетером Foley 18F, який видаляли на 10–12-ту добу після операції. Катетер-стент видаляли через 1 місяць після операції.

У 2 спостереженнях операцію доповнювали ремускуляризацією сечового міхура шляхом утворення аутоцистодублікатури.

**Результати та їх обговорення.** За результатами гістологічного дослідження при нейром'язовій дисплазії у тазовому відділі сечоводу відмічаються найбільш виражені склеротичні зміни, атрофія м'язових пучків, різке зменшення кількості нервових елементів. Характерним є прогресивне зменшення патологічних змін у напрямку середнього та верхнього відділів сечоводу.

При контрольному обстеженні в строки від 6 місяців до 10 років при I стадії нейром'язової дисплазії сечоводу в усіх пацієнтів відмічається повне відновлення уродинаміки. В жодному випадку не виявлено порушень функції нирки, змін в аналізах сечі та артеріальної гіпертензії.

При II стадії нейром'язової дисплазії у 9 пацієнтів відмічається повне відновлення уро-

динаміки. У 2 випадках виявлений міхурово-сечовідний рефлюкс, який не порушує пасажу сечі. У 2 хворих після реконструкції середнього відділу сечоводу (в 1 спостереженні шляхом утворення дублікатури та в 1 спостереженні за рахунок повздовжньої резекції) діагностовано прогресування гідронефротичної трансформації нирки. У 5 пацієнтів виявлена хронічна інфекція нирок, яка піддається антибактеріальній терапії. У 2 пацієнтів зберігається артеріальна гіпертензія.

#### **Висновки.**

1. Видалення патологічно зміненої частини сечоводу є обов'язковим етапом хірургічного лікування нейром'язової дисплазії.

2. При дефекті сечоводу більше 8 см формування уретероцистоанастомозу з подвійним антирефлюксним захистом за рахунок широкого клаптя сечового міхура є методом вибору відновлення пасажу сечі.

3. При залученні у патологічний процес нижнього та середнього відділів альтернативними методами відшкодування дефекту сечоводу можуть стати аутотрансплантація нирки чи інтестинальна пластика.

### **Список літератури**

1. Возианов А.Ф. Атлас-руководство по урологии / А.Ф.Возианов, А.В.Люлько. – Днепропетровск: «Днепр-VAL», 2001. – Т. 1. – 692 с.

2. Сеймівський Д.А., Калищук О.А., Петербургський В.Ф., Нікуліна Г.Г. та співавт. Тактика лікування мегауретера у дітей в залежності від його клінічного варіанту // Хірургія дитячого віку. – 2009. – № 3. – С. 6–11.

3. Мальцев В.Н., Журило И.П., Щербинин А.А., Фоменко С.А. и соавт. Отдаленные результаты лечения мегауретера у детей раннего возраста // Материалы научно-практической конференции «Урология, андрология, нефрология – 2013» (г. Харьков, 30–31 мая 2013 г.). – С. 104–106.

### **Реферат**

#### **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕГАЛОУРЕТЕРЕ У ВЗРОСЛЫХ**

Л.П. Сарычев, А.Ф. Филоненко,  
Я.В. Сарычев, С.А. Сухомлин,  
С.М. Супруненко

В работе представлены отдаленные результаты хирургического лечения мегалоуретера у 26 больных с нейромышечной дисплазией мочеточника возрастом от 15 до 59 лет (средний возраст  $27,8 \pm 4,3$ ) в зависимости от стадии заболевания, сопутствующей патологии. Наилучшие результаты получены после удаления патологически измененной части мочеточника. Уда-

### **Summary**

#### **PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF MEHALOURETER IN ADULTS**

L.P. Sarychev, A.F. Filonenko,  
Ya.V. Sarychev, S.A. Sukhomlyn,  
S.M. Suprunenko

The paper presents long-term results of surgical treatment of mehaloureter in 26 patients with neuromuscular ureteral dysplasia aged 15 to 59 years (mean age  $27,8 \pm 4,3$ ), depending on the stage of disease, comorbidity and other factors. The best results were obtained after removal of pathologically altered part of ureter. Recovery of more than 8 cm ureteral defect and

ление дефекта мочеточника более 8 см и формирование уретероцистоанастомоза с двойной антирефлюксной защитой возможно за счет широкого клаптя мочевого пузыря.

**Ключевые слова:** нейромышечная дисплазия мочеточника, мегалоуретер, хирургическое лечение, уретероцистоанастомоз, антирефлюксная защита.

#### **Адреса для листування**

Л.П. Саричев

E-mail: leonid.sarychev@gmail.com

ureterocystoanastomosis with double antireflux protection is possible by the wide flap of the bladder.

**Keywords:** neuromuscular ureteral dysplasia, megaloureter, surgical treatment, ureterocystoanastomosis, antireflux protection.