

УДК: 616.62-007.63-082-089-053.2

Дігтяр В.А., Харитонюк Л.М., Бойко М.В., Обертинський А.В., Островська О.А., Ніколаєнко Т.О., Шевченко К.В.

Обґрунтування тактики ведення та лікування хворих дітей із мегауретер

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

м. Дніпропетровськ, Україна

kdethyrdma@gmail.ru

Резюме. Вступ. Мегауретер є однією з найбільш частих причин уростазу у дітей перших місяців і років життя. Проблема є вкрай актуальною, тому що кількість хворих з цією патологією з кожним роком збільшується і діти з перинатально виявленою патологією потребують невідкладної, своєчасної діагностики та визначення правильної тактики ведення.

Мета. Обґрунтувати тактику ведення та лікування хворих із мегауретер.

Матеріали та методи. Вивчено результати лікування дітей за останні 10 років. На лікуванні перебувало - 214 хворих, із них до 1 року - 73 дитини, переважали хлопчики (71,6%). За класифікацією обструктивний мегауретер діагностований – у 73 хворих (34%), функціонально-обструктивний у 53 дітей (25,2%) і рефлюксуючий - у 88 дітей (40,8%). Серед обструктивних мегауретерів причиною порушення уродинаміки у 29 дітей було виявлено уретероцеле та у 44 стеноз, стріктура інтрамурального відділу сечоводу.

Результати та обговорення. Проведене тривале багатоетапне лікування обструктивного мегауретеру у 92,6% дало позитивний результат. При функціонально-обструктивному мегауретері застосовувались консервативні методи лікування, в 22% випадків у старшому віці визріла необхідність у проведенні неоцистуретероноєстомії за Коеном. Лікування рефлюксуючого мегауретера включало використання консервативних, ендоскопічних та реконструктивних оперативних втручань. Ефективність ендоскопічного методу лікування склала 67,7%, а решті дітей проведені реконструктивні оперативні втручання.

Висновки. При лікуванні дітей перших місяців і років життя із мегауретер перевагу віддавати консервативним і напівконсервативним методам лікування. Важливим у визначенні терміну реконструктивного оперативного втручання є вік дитини. Оперативні втручання у дітей із мегауретер є лише одним з етапів у комплексному лікуванні.

Ключові слова: діти, мегауретер, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Мегауретер є однією з найбільш частих причин уростазу у дітей перших місяців і років життя. Проблема є вкрай актуальною, тому що кількість хворих з цією патологією з кожним роком збільшується і діти з перинатально виявленою патологією потребують невідкладної, своєчасної діагностики та визначення правильної тактики ведення таких хворих.

Під мегауретером ми розуміємо стійке розширення, збільшення довжини з численними вигинами і порушенням скорочувальної здатності функції сечоводу, викликане вродженою перешкодою до виділення сечі внаслідок дисплазії тканин сечоводу або в результаті міхуро-сечовидного рефлюксу на ґрунті неспроможності клапанного механізму вустя сечоводу. Серед усіх вад розвитку сечової системи обструктивний і рефлюксуючий мегауретер складає 14,1%.

Мета дослідження. Обґрунтувати тактику ведення та лікування хворих із мегауретер.

Матеріал і методи

Мегауретер може сформуватися, як в результаті стенозу сечовидно-міхурового з'єднання, так і в результаті міхуро-сечовидного рефлюксу IV - V ступеня. Морфологічною основою всіх варіантів вродженого мегауретеру у дітей є зменшення кількості гладких елементів і в той же час збільшення кількості сполучноклітинних структур сечоводу. Зниження скоротливої функції сечоводу призводить до порушення уродинаміки. У процесі формування мегауретера дуже важливе значення відіграє функціональний стан сечового міхура.

З огляду на багаторічний досвід дитячих урологів НДІ урології

України, ми у своїй роботі також використовуємо класифікацію, запропоновану Д.А. Сеймівським і В.Ф. Петербурзьким, 1997 г., основа якої базується на визначенні переважаючих причин порушень уродинаміки.

Основним завданням дитячого уролога при діагностиці мегауретера є визначення рівня обструкції (сечовід, уретеро-везикальне сполучення, сечовий міхур), функціонального стану нирки, характер і тяжкість порушення уродинаміки верхніх і нижніх сечових шляхів і наявність запальних ускладнень. Тому обов'язковими методами діагностики мегауретера є: УЗД нирок і сечового міхура з доплерографією судин нирок та діуретичним навантаженням, екскреторна урографія з відстроченими урограмами на тлі декомпресії сечового міхура, мікційна цистографія, визначення функції нижніх сечових шляхів (ритм спонтанних сечовипускань з визначенням залишкової сечі, урофлометрія).

Діагностика урологічних захворювань у новонароджених та дітей раннього віку має свої особливості і вікові критерії. Неможливість застосування стандартних методів відразу після народження, таких як цистометрія, профілометрія уретри, обґрунтовує актуальність застосування неінвазивного, нешкідливого, безболісного і досить точного методу ехографії. При ультразвуковому обстеженні визначається величина і розмір нирки, наявність і ступінь розширення сечоводів, товщина стінки сечового міхура. Дослідження проводиться до і після сечовипускання.

Для диференціальної діагностики органічно-обструктивного і функціонально обструктивного мегауретера важливе значення має дослідження внутрішньониркової гемодинаміки за допомогою доплерівської сонографії. Використання доплерівських технологій дозволяє охарактеризувати кровообіг в окремих ділянках судинного русла, охарактеризувати судинний тонус. Визначення індексу резистентності і пульсативного індексу дозволяє диференціювати обструктивні від необструктивних станів. При наявності обструкції спостерігається значне підвищення судинного опору-індексу резистентності вище 0,7; збіднення інтрауретерального малюнку, зниження швидкості кровотоку.

Проведення в подальшому рентгенологічного обстеження (екскреторної урограмми і мікційної цистографії) дозволяє точно встановити діагноз і визначитися з тактикою ведення.

Результати та їх обговорювання

Вивчено результати лікування дітей за останні 10 років. На лікуванні перебувало - 214 хворих, із них до 1 року - 73 дитини, переважали хлопчики (71,6%).

За класифікацією обструктивний мегауретер діагностований – у 73 хворих (34%), функціонально-обструктивний у 73 дітей (25,2%) і рефлюксуючий – у 88 дітей (40,8%). Найбільш часто процес локалізувався з 2-х сторін - 43,2%, лівобічний - у 36,8% і правобічний - у 20% дітей.

При аналізі причин, які могли сприяти розвитку мегауретера, це вади розвитку і ураження центральної нервової системи, нейрогенний сечовий міхур, подвоєння ЧЛС і сечоводів, клапан задньої уретри і зморщений сечовий міхур. Дана патологія часто поєднувалася з патологією: недорозвитком лобових часток мозкової тканини та вентрікуломегалією, гідроцефалією, аномалією розташування нирок, захворюваннями опорно-рухового апарату, аноректальними вадами. Тяжкість даної вади розвитку ускладнювалась наявністю гіпопластично-диспластичної нефропатії та розвитком ниркової недостатності.

Всім дітям були виконані перераховані методи ультразвукової та рентгенологічної діагностики. Вибір методу лікування визначався з урахуванням його форми (обструктивний, рефлюксуючий або нерефлюксуючий) та характером обструкції уретеро-везикального сегменту за класифікацією.

При проведенні екскреторної урографії у дітей першої групи визначалося різке збільшення уретеректазії та відсутність евакуації контрастної речовини. Причиною органічної обструкції сечоводу у 29 дітей стало уретероцеле і у 44 хворих дітей - вроджений стеноз міхурово-сечовідного з'єднання. Після встановлення причини уретеректазії, розмірів уретероцеле 19 дітям проведено ендоскопічне розсічення уретероцеле, 10 хворим відкрите розсічення уретероцеле. У дітей із стенозом дистального відділу сечоводу при виникненні ускладнення (гнійного пієлонефриту, наростання обструкції) в періоді новонародженості проведено накладання підвісної або У-подібної розвантажувальної уретерокутанеостомії, у 9 дітей накладення стоми проведено з двох боків. У останні роки ми стали віддавати перевагу уретеростомії за Sorbery. В подальшому через кілька місяців у віці дітей 16-20 місяців проводилась уретероцистнеостомія. В визначенні терміну виконання реконструктивної операції важливим був вік дитини. Найчастіше використовувалася методика за Політано-Леадбетеру із резекцією по ширині та довжині, 3 хворим проведена операція Боарі. Закриття уретерокутанеостом проводилося через 3-4 місяці після проведеної уретероцистнеостомії за умови хорошої прохідності анастомозу, у деяких випадках стоми закривалися самостійно.

Певний інтерес викликають хворі з обструктивно-функціональним сечоводом. При проведенні екскреторної урографії у однієї частини хворих накопичення і розширення сечоводу ліквідувалося після навантаження лазіком, що свідчило про функціональний характер і було обумовлене порушенням скорочувальної здатності сечоводу. Другій частині дітей при проведенні екскреторної урографії спорожнення сечоводу наступало тільки після спорожнення сечового міхура, що свідчило про порушення функціонального стану сечового міхура та його міхуровозалежність. При функціонально-обструктивному мегауретері використовувалися малоінвазивні ендоскопічні технології: стентування сечоводів на 3-4 місяці, катетеризація сечового міхура катетером Фолея. Це лікування проведено першій групі хворих, вона склала 23 дітей, 20-м дітям проведена подовжена катетеризація сечового міхура протягом 6-8 місяців. Своєчасна діагностика і правильно обрана тактика дозволила в більшості хворих цієї групи одужати завдяки використанню консервативних і напівконсервативних методів лікування. Але на жаль, у 22 % хворих в старшому віці погіршилася уродинаміка, що призвело до необхідності проведення нецистуретеростомії за Коеном.

При діагностиці рефлюксуючого мегауретеру одним з найважливіших етапів було визначення причини, яка призвела до рефлюксування. Особлива складність визначення тактики та методу лікування дітей із МСР, який сформувався на фоні нейрогенної дисфункції сечового міхура та супроводжувався частими загостреннями пієлонефриту, вираженими розладами уродинаміки та порушенням функції нирок. Серед цієї групи хворих у більшості дітей виявлено важкі вроджені вади розвитку та захворювання центральної нервової системи, які проявлялися клінікою гіпоректорного або гіперрефлекторного сечового міхура. 28 хворим дітям проводилося лікування шляхом катетеризації сечового міхура катетером Фолея, 2 дітям була проведена пункційна цистостомія в зв'язку із затримкою сечовипускання (клапан задньої уретри, арефлекторний сечовий міхур). Велика увага приділялася лікуванню основного захворювання і нейрогенного міхура. Ефективним методом лікування є антирефлюкс-на ендоскопічна пластика УВС. 27 дітям у віці 6-20 місяців виконано ендоскопічне підведення гелю. З цієї групи хворих 1 дитині була проведена аутодуплікатура сечового міхура, у зв'язку з розвиненими змінами сечового міхура, як результат клапана задньої уретри, і 1 дитині проведена аугментація тонкою кишкою. Іншим дітям цієї групи хворих проведена операція Коена з хорошим віддаленим результатом.

Серед дітей із обструктивним та рефлюксуючим мегауретером виявлена перешкода у прилоханочному сегменті. Цим дітям, а їх було 8, виконана резекція ПУС, пієуретероанастомоз. У 3 дітей із обструктивним мегауретером - виникло ускладнення каменеутворення, що потребувало проведення цистолітомії та реконструктивної операції.

Ускладнення після проведеного лікування виникли у 8 дітей (у 5 дітей виявлено стеноз юкставезикального сегмента, у 3-рефлюкс). Діти з рецидивом стенозу оперовані з добрим результатом, дітям з рефлюксом проведено оперативне лікування - нецистуретеростомія за Коеном.

Всі діти з мегауретером постійно отримують терапію, спрямовану на нормалізацію скорочувальної здатності сечоводів, детрузора, поліпшення кровопостачання ниркової тканини, відновлення постгіпоксичних розладів.

Висновки

При лікуванні дітей перших місяців і років життя з мегауретером перевагу варто віддавати консервативним і напівконсервативним методам лікування. Важливим в визначенні терміну реконструктивного оперативного втручання ставити вік дитини.

Оперативне втручання у дітей з мегауретером є лише одним з етапів у комплексному лікуванні. Останнє має бути спрямоване на відновлення пасажу сечі по сечоводу та моторики сечового міхура, кровопостачання паренхіми нирок, поліпшення функції печінки, шлунково-кишкового тракту, імунного статусу дитини.

Література

1. Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Е. Вроджені вади сечових шляхів у дітей - Т.: Укрмедкнига, 2000. — С. 51-93.
2. Диагностика мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей раннего возраста / В.Н. Грона, В.Н. Мальцев, А.А. Щербинин, А.В. Щербинин, С.А. Фоменко, С.Е. Марков, П.А. Лепихов // Здоровье ребенка. - 2007. - №3. - С. 93-96
3. К вопросу о тактике лечения пороков развития терминального отдела мочеточников у детей / В.З. Москаленко, В.Н. Мальцев, А.А. Щербинин, А.В. Щербинин, С.А. Фоменко, С.Е. Марков // Хирургия детского века. - 2004,- Т. 1, № 3. - С. 118-123.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.В. Патогенетические основы выбора лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Урология. 2002. - № 1, С. 47-50.
5. Москаленко В.З., Латышов К.В., Мальцев В.Н. Обструкция мочеточников у детей // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2002. - № 1. - С. 133-137.
6. Сеймівський Д.А., Калішук О.А., Петербургський В.Ф. Оцінка можливостей ендоскопічної корекції міхурово-сечовідного рефлюкса за даними віддалених результатів // Хирургія дитячого віку-2005.-№1.- С.25-28.
7. Соловійов А.С., Дмитряков Б.О., Запороженко А.Г., Барухович В.Я. та інші, Досвід ендоскопічного лікування міхурово-сечовідного рефлюкса у дітей // Праці науково-практичної конференції дитячих урологів України. -Львів-Київ, 2005.- С.23-2
8. Strauss A., Fuchshuber S., Burges A., Ucer I., Hasbargen U., Hepp H. Fetal obstructive uropathy- diagnosis and possible treatments // Z. Geburtshilfe iMeonatoi. - 2007. - Vol. 205, № 3. - P. 117-121.

Дегтярь В.А., Харитонюк Л.Н., Бойко М.В., Обертинский А.В., Обросковская О.А., Николаенко Т.А., Шевченко К.В.

Обоснование тактики ведения и лечение больных детей с мегауретер

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница»
ДОС », м. Днепропетровск, Украина

Резюме. Введение. Мегауретер является одной из наиболее частых причин уростазу у детей первых месяцев и лет жизни. Проблема крайне актуальна, так как количество больных с этой патологией с каждым годом увеличивается и дети с перинатальной выявленной патологией нуждаются в неотложной, своевременной диагностике и определении правильной тактики ведения.

Цель. Обосновать тактику ведения и лечения больных с мегауретер.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения детей за последние 10 лет. На лечении находилось - 214 больных, из них до 1 года - 73 ребенка, преобладали мальчики (71,6%). По классификации обструктивный мегауретер диагностирован - у 73 больных (34%), функционально-обструктивный в 53 детей (25,2%) и рефлюксиру-

ющий - в 88 дітей (40,8 %%). Среди обструктивных мегауретер причиной нарушения уродинамики в 29 детей было выявлено уретероцеле и в 44 стеноз, стриктура интрамурального отдела мочеточника.

Результаты и обсуждение. Проведенное длительное многоэтапное лечение обструктивного мегауретер в 92,6% дало положительный результат. При функционально-обструктивном мегауретере использовались консервативные методы лечения, в 22% случаев в старшем возрасте появилась необходимость в проведении неоцистуретеронеостомии по Коэну. Лечение рефлюксирующего мегауретера включало использование консервативных, эндоскопических и реконструктивных оперативных вмешательств. Эффективность эндоскопического метода лечения составила 67,7%, а остальные дети нуждались в проведении реконструктивного оперативного вмешательства.

Выводы. При лечении детей первых месяцев и лет жизни с мегауретер предпочтение отдавать консервативным и полуконсервативным методам лечения. Важным в определении срока реконструктивного оперативного вмешательства является возраст ребенка. Оперативные вмешательства у детей с мегауретер является лишь одним из этапов в комплексном лечении.

Ключевые слова: дети, мегауретер, лечение.

V.A. Dihtyar, L.M. Harytonyuk, M.V. Boiko, A.V. Obertynskyu, O.A. Ostrovska, T.O. Nikolaenko, K.V. Shevchenko

Consideration of the Management and Treatment of Children with Megaloureter

Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Dnipro, Ukraine

Dnipropetrovsk Regional Children's Clinical Hospital, Dnipro, Ukraine

Abstract. Introduction. Megaloureter is one of the most frequent

causes of urinary stasis in children of the first months and years of life. The problem is very urgent as the number of patients with this disease increases every year and children with perinatal pathology require in urgent and timely diagnosis and correct management.

The objective of the research was to substantiate management and treatment of patients with megaloureter.

Materials and methods. Results of the treatment of children over the past 10 years were studied. 214 patients underwent the treatment including 73 children, mainly boys (71.6%), up to 1 year of age. According to the classification, obstructive megaloureter was diagnosed in 73 patients (34%), functionally obstructive one was observed in 53 children (25.2%) and reflux one was detected in 88 children (40.8%). The reason of urodynamics disorder was ureter intussusception in 29 children and stenosis in 44 patients among obstructive megaloureters.

Results. Long-term multi-stage treatment of obstructive megaloureter provided a positive result in 92.6% of cases. Conservative treatment was applied in case of functionally obstructive megaloureter. 22% of older children required the Cohen procedure. Treatment of reflux megaloureter included the use of conservative, endoscopic and reconstructive surgery. The effectiveness of endoscopic treatment constituted 67.7% and other children underwent reconstructive surgery.

Conclusions. Conservative and semi-conservative treatments should be preferred in the treatment of children with megaloureter during the first months and years of life. The age of the child is important in determining the period of reconstructive surgery. Surgical interventions in children with megaloureter are just one of the treatment stages.

Keywords: children; megaloureter; treatment.

Надійшла 08.07.2016 року.

УДК. 616.344-007.64-002

Доманський О.Б.^{1,2}, Рибальченко В.Ф.¹, Гнатюк С.М.², Бучковська Н.В.², Магдич С.П.², Бондаренко С.І.², Вірич А.Г.², Гаращук Л.А.², Гамалій С.О.², Свистільник І.О.², Вірич І.Г.², Дзюман О.В.², Циганков А.П.²

Дивертикули Меккеля у дітей: реалії діагностики та лікування

НМАПО імені П.Л.Шупика МОЗ України. м.Київ,

Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2

Резюме. Мета роботи – покращити результати лікування дивертикулу Меккеля та визначитися з вибором пріоритетної тактики щодо його лікування в умовах іншої гострої абдомінальної хірургічної патології.

Матеріали і методи. Проведено комплексний аналіз результатів лікування 181 випадків дивертикулу Меккеля за 15 років. Хлопчиків було 118 (65,2%), дівчаток - 63 (34,8%). Хворим проводилося клініко-лабораторне обстеження, у разі необхідності рентгенологічне та ультразвукове.

Результати та обговорення. Всі хворі були госпіталізовані в ургентному порядку. Поміж тим при уважному обстеженні та динамічному спостереженні з причини відсутності симптома Кохера було запідозрено запалення дивертикулу Меккеля у 27 (14,9%) пацієнтів. У 18 (9,9%) пацієнтів, які були госпіталізовані з причини непрохідності кишечника, встановлена інвагінація дивертикулу Меккеля, що потребувало видалення останнього на тлі симультанної апендектомії. Троє хворих (1,6%) мали непрохідність після лапароскопічного видалення апендикулярного паростка, а причиною був дивертикул Меккеля. У 104 (57,4%) пацієнтів на тлі флегмонозного апендициту були зміни в дивертикулі, які також потребували його видалення, ця операція носила більш симультанний характер. Поміж тим у 29 (16,2%) пацієнтів на гангренозно-перфоративного апендициту були зміни запального характеру і в дивертикулі (гістологічно - флегмонозні), що також, незважаючи на перитоніт, потребувало проведення видалення дивертикулу. Усі діти одужали. З ускладнень виявлено зливуку непрохідність в 1 (0,5%) пацієнта.

Висновки. Встановлена наявність дивертикулу Меккеля є показанням до оперативного лікування незалежно від встановлених ускладнень з боку апендикулярного паростка. Симультанне видалення дивертикулу Меккеля у разі виявлення його під час

ургентної абдомінальної операції з іншого приводу є доцільним, навіть в умовах деструктивного апендициту.

Ключові слова: діти, дивертикул Меккеля, діагностика та лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Дивертикул Меккеля - вроджений мішкоподібний дивертикул дистального відрізка клубової кишки, що спостерігається у 2-3% людей. За даними літератури, тільки приблизно у 2% людей з дивертикулом Меккеля розвиваються ускладнення. Хоча дивертикули однаково часто зустрічаються у чоловіків і жінок, у чоловіків в 2-3 рази частіше розвиваються ускладнення. Поміж тим приблизно 50% дивертикулів містять тканину шлунка, підшлункової залози або обох органів [1, 3, 5, 6]. Симптоми нехарактерні, але включають кровотечу (23%), кишкову непрохідність (43%) та ознаки запалення (18%) (дивертикуліт). Поміж тим в літературі відсутні дані про проведення симультанної дивертикулектомії при наявності гнійної патології іншої локалізації – апендицит, виразкова язва, тощо [2, 4, 7].

Поміж тим, незважаючи на багато публікацій з цієї проблеми, ряд питань є дискусійними та не мають публікацій і не обговорюються.

Мета роботи – покращити результати лікування дивертикулу Меккеля та визначитися з вибором пріоритетної тактики щодо його лікування в умовах іншої гострої абдомінальної хірургічної патології.