

УДК 616. 617-089

М. І. Ухаль,
О. М. Семанів,
С. В. Калінчук

ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ОБТУРАЦІЙНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДОРΟΣЛИХ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна,
Обласна клінічна лікарня, Одеса, Україна*

УДК 616.617-089

М. И. Ухаль, О. М. Семанив, С. В. Калинчук
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОБТУРАЦИОННОГО МЕГАУРЕТЕРА У ВЗРОСЛЫХ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина,
Областная клиническая больница, Одесса, Украина*

Суть предложенного нами метода заключается в удалении наиболее патологически измененного нижнего отдела мочеточника с последующим проведением уретероцистонеостомии в репозированную верхнебоковую стенку мочевого пузыря по способу vesicopsoas-hitch по Boari-flap.

Отдаленное наблюдение составляло в среднем от 3 мес. до 4 лет. У всех больных устранены обструкция, болевой синдром, обострение пиелонефрита и прогрессирование гидронефроза.

Ключевые слова: уретероцистонеоанастомоз, гидронефроз, обтурационный мегауретер.

UDC 616.617-089

М. I. Ukhal, O. M. Semaniv, S. V. Kalinchuk
TREATMENT OF PRIMARY OBTURATIVE MEGAURETER IN ADULTS

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine,
The Regional Clinical Hospital, Odesa, Ukraine*

The essence of our method consists in resection of most pathologically changed lower department of the ureter with the subsequent carrying out of ureterocystoneostomia in the lateral wall of the bladder after the method of vesicopsoas-hitch according to Boari-flap.

The remote supervision averaged from 3 months till 4 years. Obstruction, pain syndrome, aggravation of pyelonephritis and progressing of hydronephrosis have been eliminated in all patients.

Key words: ureterocystoneoanastomosis, hydronephrosis, primary obturative megaureter.

Відомо, що до розвитку первинного обтураційного мегауретера призводить вроджений стеноз вічок сечоводів [1]. Стенозовані вічка сечоводів можуть відкриватися як у типовому місці з розвитком при цьому уретероцеле разом із мегауретером, так і в порожнину вродженого дивертикулу сечового міхура [2]. Це захворювання є абсолютним показанням до оперативного втручання [3]. Разом із тим дотепер існуючі методи оперативного лікування обтураційного мегауретера у дорослих недостатньо ефективні через розвиток у 75–80 % хворих різних ускладнень: сечових нориць, стенозування сформованих анастомозів, гострого гнійного піелонефриту й уросепсису [4; 5].

Метою нашого дослідження є підвищення ефективності оперативного лікування первинного обтураційного мегауретера у дорослих.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені у 7 хворих (4 чоловіки і 3 жінки) у віці від 18 до 40 років. У 3 осіб захворювання було в стадії ІВ, у 4 — у стадії ІІ (рис. 1).

Суть запропонованого нами методу оперативного лікування обтураційного мегауретера полягає у видаленні найбільш патологічно зміненого нижнього відділу сечовода з подальшим проведенням уретероцистонеостомії в репозовану верхньобокову стінку сечового міхура за способом vesicopsoas-hitch за Boari-flap. Для цього відокремлювали передньобокову стінку сечового міхура, зміщували її доверху і фіксували до m. Psoas вище клубових судин. Одночасно виділяли нижню третину розширеної частини сечовода, проводили її резекцію і готували до пересадки в репозовану стінку сечового міхура.

Для запобігання міхурово-сечовідному рефлюксу розширений дистальний відділ сечовода звужували, для чого утворювали манжетку Рікардо. По сечоводу проводили зовнішній стент, який після накладання уретероцистонеоанастомозу виводили через передню стінку сечового міхура в надлобкову зону.

Схема запропонованої нами операції при мегауретері наведена на рис. 2.

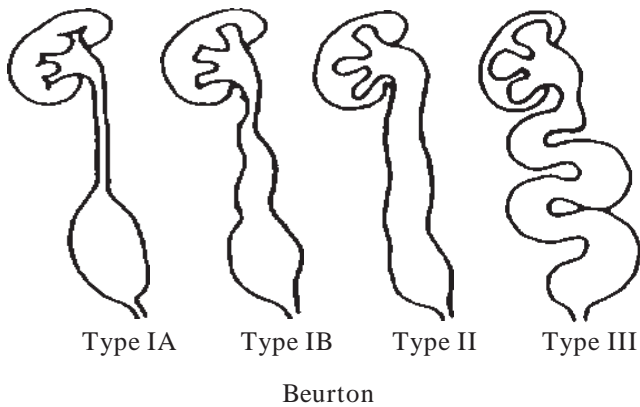


Рис. 1. Ступені розвитку уретерогідронефрозу за Beurton

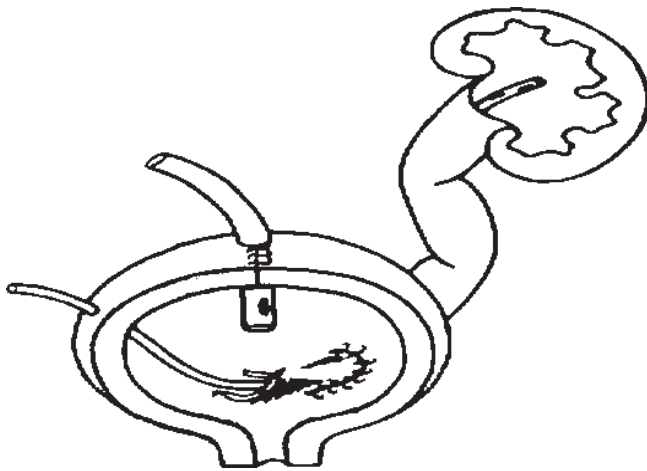


Рис. 2. Схема уретероцистонеостомії мегауретера

Відомий спосіб уретероцистонеостомії vesico-psoas-hitch за Boari-flap був запропонований для лікування набутих стриктур тазового відділу сечоводів без розширення сечовода та розвиненого уретерогідронефрозу [5].

Результати дослідження та їх обговорення

Післяопераційний період у 6 (85,7 %) хворих перебігав задовільно. У 1 (14,3 %) хворого в післяопераційному періоді розвинувся стеноз створеного уретероцистонеоанастомозу й утворилася сечова нориця. Це ускладнення було усунуто нами за допомогою перкутанної нефростомії з подальшою антеградною балонною дилатацією післяопераційного звуження анастомозу катетером Фогарті. Післяопераційне перебування хворих на стаціонарному лікуванні у середньому становило $(15,7 \pm 4,1)$ ліжка-дня.

Віддалений нагляд у післяопераційному періоді спостереження у середньому сягав від 3 міс. до

4 років. У всіх цих хворих було усунуто обструкцію, больовий синдром, загострення пієлонефриту та прогресування гідронефрозу.

Аналіз даних літератури [6–8] про ефективність використання інших традиційних оперативних методів лікування мегауретера на фоні стенозу тазового відділу сечоводів (операція Боарі, резекція сечоводів) показав, що ускладнення у вигляді стенозів анастомозу, розвитку сечових флегмон, сечовідних рефлюксів виникають у 75–80 % хворих.

Висновки

Запропонований нами метод оперативного лікування первинного обтураційного мегауретера у дорослих є ефективним і може бути рекомендований для впровадження в клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Урология* по Дональду Смит / под ред. В. М. Ничушкиной. — М., 2005. — 562 с.
2. Деревянко И. М. Аномалии околопузырных отделов мочеточников / И. М. Деревянко, Т. И. Деревянко. — Ставрополь : Кн. изд-во, 1996. — 92 с.
3. *Интестинальная пластика мочеточников* / Комяков Б. К., Гулиев Б. Г., Новиков А. И. и др. // *Урология*. — 2005. — № 2. — С. 24-28.
4. Лоран О. Б. Новые и модифицированные операции в урологической практике // Пленум Рос. об-ва урологов. — Саратов, 1998. — С. 7-28.
5. *Функциональное состояние мочеточника в определении показаний к эндоскопическому лечению нейромышечной дисплазии мочеточников у взрослых* / Мазо Е. Б., Чепуров А. К., Житникова Л. Н. и др. // *Урология*. — 2006. — № 1. — С. 11-14.
6. *Ectopy of the accessory ureter ostium* / М. А. Frank, V. V. Averin, D. V. Petrov, Sh. Sh. Shamuratov // *Urology*. — 2006, Mar.-Apr. — Vol. 2. — P. 81-83.
7. Кан Д. В. *Руководство по акушерской и гинекологической урологии* / Д. В. Кан. — М., 1986. — 488 с.
8. *Переверзев А. С. Клиническая урогинекология* / А. С. Переверзев. — Х., 2000. — 365 с.