

УДК 616.611-089

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

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ МЕГАЛОУРЕТЕРІ У ДОРΟΣЛИХ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава¹
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Скляфосовського²

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 якої розвиток патологічного процесу поділяють на три стадії: I - порушення уродинаміки лише останнього цистоїду, яке класифікують як ахалазія; II - розширення сечоводу на всьому протязі, при цьому функція нирки залишається збереженою; III - уретерогідронефроз, який супроводжується нефросклерозом та порушенням функції нирки [1]. Не зважаючи, 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 мегалоуретеру у дорослих.

Матеріали та методи. За період з 1997 по 2012 рр. в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляфосовського знаходилось 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.

Всім 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 по гіпотонічному типу (у вигляді «башти»).

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

Всі 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 (по Bischoff) та в 1 спостереженні за рахунок повздожньої резекції стінки сечоводу (по Kalicinski). При термінальному гідронефрозі виконано нефруретеректомію.

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

У 9 спостереженнях, при дефекті сечоводу 8-14см утворювали анастомоз за рахунок широкого клаптя сечового міхура по 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 3см 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 добу після операції. Катетер-стент видаляли через 1 місяць після операції.

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

Результати та 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 уродинаміки. 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 повздожньої 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 8см 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. – 692с.
2. Сеймівський Д.А., Калищук О.А., Петербургський В.Ф., Нікуліна Г.Г. та співавт. Тактика лікування мегалоуретера 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 мегалоуретера у детей раннего возраста // Материалы научно-практической конференции «Урология, андрология, нефрология – 2013» (г.Харьков, 30-31 мая 2013г.). – С.104-106.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ МЕГАЛОУРЕТЕРІ У ДОРΟΣЛИХ

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

Резюме

В роботі представлені віддалені результати хірургічного лікування мегалоуретеру у 26 хворих з нейром'язовою дисплазією сечоводу віком від 15 до 59 років (середній вік $27,8 \pm 4,3$) в залежності від стадії захворювання, супутньої патології, тощо. Найкращі результати отримано після видалення патологічно зміненої частини сечоводу. Відшкодування дефекту сечоводу більше 8см та формування уретероцистоанастомозу з подвійним

антирефлюксним захистом стає можливим за рахунок широкого клаптя сечового міхура.

Ключові слова: нейром'язова дисплазія сечоводу, мегалоуретер, хірургічне лікування, уретероцистоанастомоз, антирефлюксний захист.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава¹
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Скلیфосовського²

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF MEHALOURETER IN ADULTS.

Sarychev L.P.¹, Filonenko A.F.², Sarychev YA.V.¹, Sukhomlyn S.A.¹,
Suprunenko S.M.¹

Summary

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

Keywords: neuromuscular ureteral dysplasia, mehaloureter, surgical treatment, ureterotcystoanastomosis, antireflux protection.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava.

Poltava Regional Clinical Hospital named M.V.Sklifosovsky, Poltava.