

УДК 616.617-089

ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ОБТУРАЦІЙНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДОРОСЛИХ

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

Одеський державний медичний університет, обласна клінічна лікарня, м. Одеса

РЕЗЮМЕ: дослідження проведені у 7 хворих (4 чоловіки і 3 жінки) у віці від 18 до 40 років. Суть запропонованого нами методу оперативного лікування обтураційного мегауретера полягає у видаленні найбільш патологічно зміненого нижнього відділу сечоводу з подальшим проведенням уретероцистонеостомії в репозовану верхньо-бокову стінку сечового міхура за способом vesicopsoas-hitch за Воарі-флар.

Післяопераційний період у 6 хворих (85,7%) перебігав задовільно. У 1 хворого (14,3%) в післяопераційному періоді розвинувся стеноз створеного уретероцистонеостоанастомоза і сечова нориця. Це ускладнення було усунуте нами шляхом перкутанної нефростомії з наступною антеградною балонною дилатацією післяопераційного звуження анастомозу катетером Фоґарті. Післяопераційне перебування хворих на стаціонарному лікуванні в середньому складало $15,7 \pm 4,1$ ліжкодня.

Віддалений нагляд післяопераційному період спостереження складав у середньому від 3 місяців до 4 років. У всіх цих хворих була усунута обструкція, больовий синдром, загострення пієлонефриту та прогресування гідронефрозу.

Ключові слова: уретероцистонеостоанастомоз, гідронефроз, первинний обтуративний мегауретер

Вступ. Розвиток первинного обтураційного мегауретера обумовлює вроджений стеноз вічка сечоводів [5]. Стенозовані вічка сечоводів можуть відкриватися як у типовому місці з розвитком при цьому уретероцеле поряд з мегауретером, так і в порожнину вродженого дивертикулу сечового міхура [1]. Це захворювання є абсолютним показом до проведення оперативного втручання [2]. Разом з тим дотепер існуючі методи оперативного лікування обтураційного мегауретера у дорослих не є

достатньо ефективними через розвиток у 75-80 % хворих різних ускладнень (сечових нориць, стенозування сформованих анастомозів, гострого гнійного пієлонефриту та уросепсису [4, 7].

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

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 7 хворих (4 чоловіка і 3 жінки) у віці від 18 до 40 років.

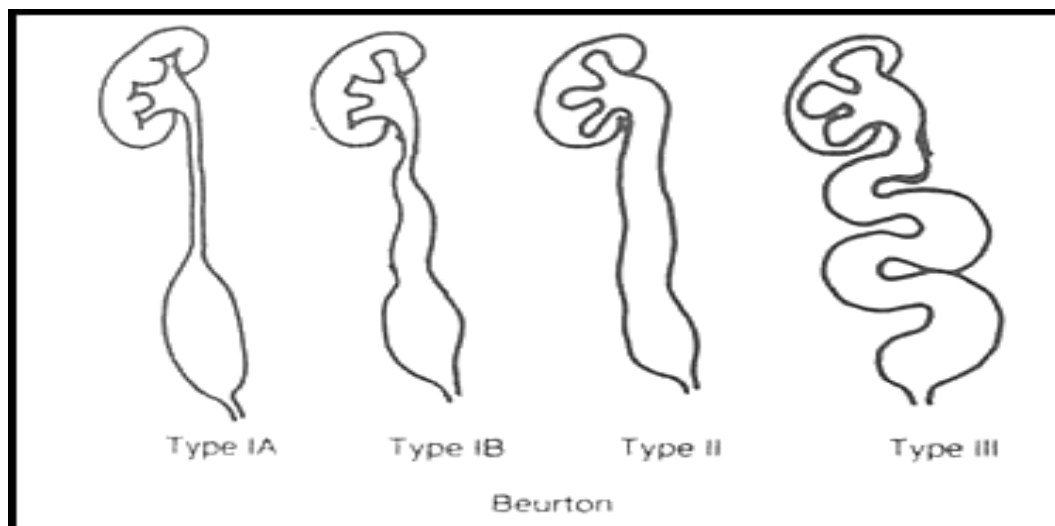


Рис. 1. Ступені розвитку уретерогідронефрозу за Beurton

Суть запропонованого нами методу оперативного лікування обтураційного мегауретера полягає у видаленні найбільш патологічно зміненого нижнього відділу сечоводу з подальшим проведенням уретероцистонеостомії в репозовану верхньо-бокову стінку сечового міхура за способом vesicopsoas-hitch за Воарі-флар. Для цього виділяли передньо-бокову стінку сечового міхура, зміщували

її доверху і фіксували до m. Psoas вище здухвинних судин. Одночасно виділяли нижню третину розширеної частини сечоводу, проводили її резекцію і готували до пересадки в репозовану стінку сечового міхура.

Для попередження міхурово-сечовідного рефлюкса розширений дистальний відділ сечоводу звужували шляхом створення манжетки Рікардо.

По сечоводу проводили зовнішній стент, який після накладання уретероцистонеоанастомозу виводили через передню стінку сечового міхура в над-

лонну зону.

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

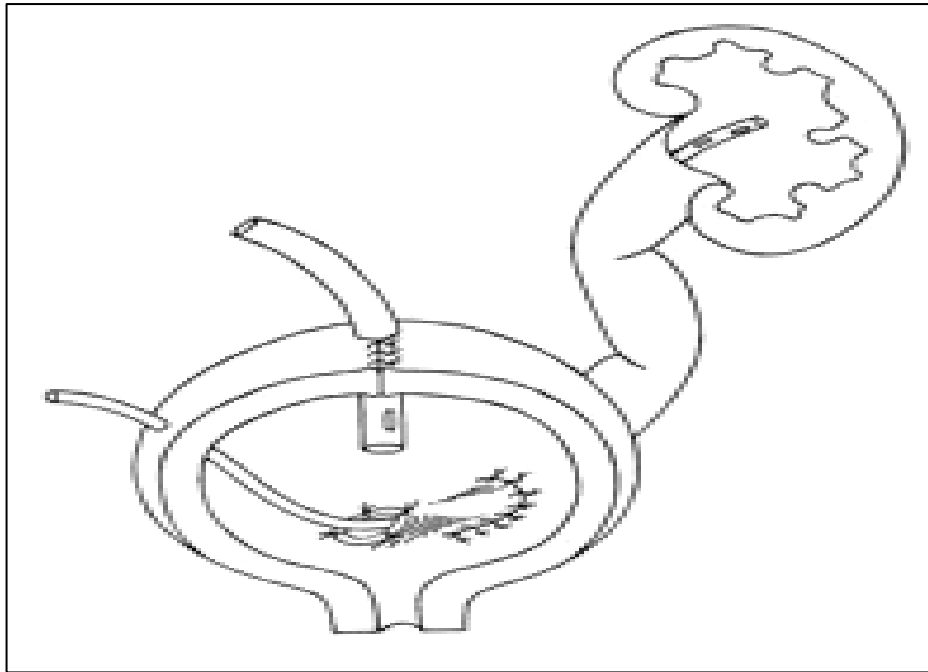


Рис. 2. Схема уретероцистонеостомії мегауретера

Відомий спосіб уретероцистонеостомії vesicor-soas-hitch по Boari-flap був запропонований для лікування набутих стриктур тазового відділу сечоводів без розширення сечоводу та розвиненого уретерогідронефрону [7].

Результати дослідження та їх обговорення. Післяопераційний період у 6 хворих (85,7%) перебігав задовільно. У 1 хворого (14,3%) в післяопераційному періоді розвинувся стеноз створеного уретероцистонеоанастомоза і сечова нориця. Це ускладнення було усунуте нами шляхом перкутанної нефростомії з наступною антеградною балонною дилатацією післяопераційного звуження анастомозу катетером Фоґарті. Післяопераційне перебування хворих на стаціонарному лікуванні в середньому складало $15,7 \pm 4,1$ ліжкодня.

Віддалений нагляд післяопераційному період спостереження складав у середньому від 3 місяців до 4 років. У всіх цих хворих була усунута обструкція, больовий синдром, загострення пієлонефриту та прогресування гідронефрону.

Аналіз літературних [3, 6, 8] даних про ефективність використання інших традиційних оперативних методів лікування мегауретера на тлі стенозу тазового відділу сечоводів (операція Боарі, резекція сечоводів) показав, що ускладнення у вигляді стенозів анастомозу, розвитку сечових флегмон сечовідних рефлюксів розвиваються 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. Деревянко И.М. Аномалии околопузырных отделов мочеточников / И.М. Деревянко, Т.И. Деревянко. – Ставрополь: Кн. изд-во, 1996. – 92 с.
2. Интестинальная пластика мочеточников / Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, А.И. Новиков и др. // Урология. – 2005. – № 2. – С. 24-28.
3. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Кан – Москва, 1986. – 488 с.
4. Лоран О.Б. Новые и модифицированные операции в урологической практике / О.Б. Лоран // Пленум Российского общества урологов. – Саратов, 1998. – С. 7-28.
5. Ничушкиной В.М. Урология по Дональду Смит / В.М. Ничушкиной. – М., 2005. – 562 с.
6. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология / А.С. Переверзев. – Харьков, 2000. – 365 с.
7. Функциональное состояние мочеточника в определении показаний к эндоскопическому лечению нейромышечной дисплазии мочеточников у взрослых / Е.Б. Мазо, А.К. Чепуров, Л.Н. Житникова и др. // Урология. – 2006. – № 1. – С. 11-14.
8. Frank M.A. Ectopy of the accessory ureter ostium / M.A. Frank, V.V. Averin, D.V. Petrov // Urology. – 2006. – № 2. – P. 81-83.

SUMMARY**THE TREATMENT OF PRIMARY OBTURATIVE MEGAURETER AT ADULTS****Ukhal M.I., Semaniv O.M., Kalinchuk S.V.**

The development of primary obturative megaureter causes a congenital stenosis of the ureter's mouth. Existing methods of operative treatment of obturative megaureter at adults insufficiently effective because of development in 75-80 % of sick was the different complications (uric fistulas, stenosis of generated anastomosis, acute pyelonephritis and urosepsis). The purpose of our research is increase of efficiency of operative treatment of primary obturative megaureter at adults. Researches are lead at 7 sick (4 men and 3 women) in the age of from 18 till 40 years. The essence of the method offered by us consists at a distance of most pathologically changed bottom department of ureter with the subsequent carrying out of ureterocystoneostomia in the lateral wall of the bladder in way vesicopsoas-hitch by Boari-flap. The postoperative period at 6 sick (85,7 %) proceeded well. At 1 patient (14,3 %) in the postoperative period the stenosis of created ureterocystoneoanastomosis and the uric fistula have developed. Postoperative stay of patients in hospital on the average was $15,7 \pm 4,1$ days. The remote supervision averaged from 3 months till 4 years. At all patients the obstructions, painful syndrome, aggravation of a pyelonephritis and progressing of the hydronephrosis have been eliminated.

Key words: ureterocystoneoanastomosis, hydronephrosis, primary obturative megaureter