

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ЛОХАНОЧНЫМ ЛОСКУТОМ

*В.Н. Лесовой, В.Н. Демченко, Д.В. Шужин,
П.В. Мозжаков, А.И. Гарагатый, В.А. Лийченко*

*Харьковский государственный медицинский университет
Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шановала*

Введение. Хирургическая коррекция протяженных дефектов верхней трети мочеточника в большинстве случаев представляет собой сложную техническую задачу. При этом хирург зачастую оказывается перед необходимостью выполнения нефрэктомии или таких сложных и рискованных методик, как кишечная пластика мочеточника, аутотрансплантация почки или уретерокаликаноанастомоз. Восстановление верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки (тубулопластика) является одним из выходов из этой проблемной ситуации.

Хотя антевазальный пиелоуретероанастомоз является стандартной хирургической техникой коррекции гидронефроза при добавочных сосудах, идущих к нижнему полюсу почки, он имеет существенный недостаток – новый анастомоз располагается на уровне того же сосуда, но с другой стороны. Именно это обстоятельство можно считать основной причиной рецидивов при выполнении данных операций. Перемещение зоны анастомоза ниже перекреста с нижнеполярными артериями или венами за счет использования тубулярной пластики лоханки фактически исключает патологическое влияние на него этих сосудов. Поэтому с нашей точки зрения тубулопластика лоханки должна рассматриваться в качестве стандартной методики хирургического лечения гидронефроза, обусловленного уретеро-вазальным конфликтом.

Мы провели ретроспективную оценку результатов использования тубулярной пластики лоханки у пациентов с патологией лоханочно-мочеточникового сегмента или верхней трети мочеточника

Материал и методы. В исследование вошли 26 пациентов (14 женщин и 12 мужчин), которые были оперированы в клинике с 2009 по 2017 годы. Все пациенты были разделены на две группы: 1 – протяженные стриктуры верхней трети мочеточника (n=9) и 2 – патология лоханочно-мочеточникового сегмента, связанная с уретеро-вазальным конфликтом (n=17).

В первой группе все стриктуры имели ятрогенное происхождение (одна предшествующая

операция – 5 (55,6%), две – 3 (33,3%), три – 1 (11,1%). В 7 (77,8%) случаях формирование стриктур было связано с операциями по поводу гидронефроза, в 2 (22,2%) с хирургическим лечением мочекаменной болезни. Протяженность стриктур варьировала от 3,0 см до 9,0 см и составляла в среднем 4,2 см.

Во второй группе 5 (29,4%) пациентам ранее проводились хирургические вмешательства по поводу гидронефроза, тогда как 12 (70,6%) больным каких-либо вмешательств предварительно не выполнялось.

У всех пациентов обеих групп имелась лоханка внепочечного типа. Техника операции включала мобилизацию почки, отсечение мочеточника от лоханочно-мочеточникового сегмента и герметичное ушивание последнего обвивными викриловыми швами. После этого из лоханки выкраивали трапециевидный лоскут максимальной возможной длины, отворачивали книзу и выполняли его тубуляризацию. Далее осуществляли наложение пиелоуретерального анастомоза на мочеточниковом стенте. Уретеральный стент удаляли через 2 месяца с момента операции. Средний период наблюдения за пациентами составил $22,8 \pm 4,2$ месяца.

Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии.

Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, почечная функция хорошая), удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения) и плохие (обструктивные изменения, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки).

Результаты. Длина пузырного лоскута варьировала от 2,5 до 7,0 см и составляла в среднем $3,6 \pm 0,4$ см.

Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 7,7% (2 пациента из 26). В

большинстве случаев они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в забрюшинном пространстве после предшествующих неоднократных операций и заключались в повреждении почечных сосудов при мобилизации лоханки. Данное осложнение отмечалось только у пациентов первой группы. В обоих случаях дефекты сосудов были успешно ушиты проленовыми швами.

Суммарный уровень ранних послеоперационных осложнений был небольшой (23,1%). К тому же, они не являлись тяжелыми, разрешались консервативно и не требовали хирургической коррекции. Частота послеоперационных осложнений достоверно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита. Подтекание мочи

из раны имело место у 3 из 26 (11,5%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 14 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 96,2%. Один плохой результат был зафиксирован у пациента первой группы с протяженностью стриктуры 9,0 см.

Выводы. Хирургическая коррекция верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки является высокоэффективным и безопасным методом реконструкции верхних мочевых путей. Мы рекомендуем его использование не только у пациентов с протяженными стриктурами верхней трети мочеточника, но и у больных с гидронефрозом, связанным с уретероанастомозом.

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ БОАРІ – ЩО МАЄ ЗНАЧЕННЯ?

В.М. Демченко, Д.В. Щукін

*Харківський національний медичний університет
Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Складність відновлення пасажу сечі з верхніх сечових шляхів залежить від довжини та локалізації дефектів сечоводу. З описаних в літературі, ефективних оперативних способів корекції дефектів сечоводу найбільш поширеними є прямі уретероцистостомії, при необхідності доповнені *soas hitch*. При протяжних дефектах сечоводу пропонуються більш складні варіанти реконструкції: трансуретероуретероанастомоз, операція Боарі та інші клаптеві методики, кишкову пластику або ауто-трансплантацію нирки. Кожний з наведених методів має певні суттєві ризики: втрата нирки, сепсис, неспроможність анастомозу, мікроцист та інші.

За останній час операцію Боарі почали використовувати для корекції подовжених дефектів сечоводу. Але об'єктивні результати такого підходу ще потребують вивчення.

В нашому випадку, ми для відновлення сечоводу до середньої та іноді до верхньої третини використовували техніку, яка декілька відрізнялась від класичної операції Боарі за рахунок мінімальної кількості швів для з'єднання кукси сечоводу та клаптиком сечового міхура та відсутність фіксації до поперекового м'язу. Вона включала мобілізацію верхівки та бокових стінок сечового міхура, об'єм мобілізації

залежав від довжини клаптика, що ми передбачаємо. При необхідності формування клаптика довжиною більш 5 см мобілізували протилежну та задню поверхні сечового міхура. Ширина дистальної вільної частини клаптика складала не менше 2,0 см, ширина фіксованої основи – не менше 4,0 см. Для антирефлюксного захисту, дистальній частині формували поздовжній підслизовий тунель довжиною не менше 1,0 см. Куксу стентованого сечоводу проводили через сформований тунель і фіксували, без натягу, одним вузлуватим швом до слизової оболонки сечового міхура. Після цього клаптик тубуляризували та фіксували до адвентиції сечоводу двома, максимум чотирма швами. Далі ушивали сечовий міхур досягаючи герметизації з послідуною його катетеризацією. Уретральний катетер видаляли через 2 тижні, а уретральний стент через 2 місяці з моменту операції.

Результати хірургічного лікування розділялися на: гарні – відсутність скарг та проявів обструкції при обстеженні, задовільна ниркова функція; задовільні – відсутність скарг та помірні прояви обструкції при обстеженні, задовільна ниркова функція; незадовільні – скарги на болі або дизурію, часті загострення піелонефриту, прояви обструкції при обстеженні, погіршення ниркової функції.