

Т. В. Малащенко

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Е. И. Юшко

Кафедра урологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

T. V. Malashchenko

ANALYSIS OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF EXTENDED URETERAL STRICTURE

Tutor: professor E. I. Yushko

Department of Urology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе представлены результаты применения заместительной пластики мочеточника при его протяженных стриктурах.

Ключевые слова: протяженные стриктуры мочеточника.

Resume. The study presents results of the use of replacement ureteroplasty for extensive ureteral strictures.

Keywords: extensive ureteral strictures.

Актуальность. С каждым годом увеличивается количество пациентов со стриктурой мочеточника, что связано с расширением показаний и возможностей для выполнения различных операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, расширением лучевой терапии в онкологии [1,2]. Повреждения мочевыводящих путей с последующим образованием рубцовых сужений мочеточника обусловлены также широким внедрением эндоскопических методов лечения [3,4]. Своевременная диагностика и лечение пациентов с протяженной органической стриктуры мочеточников остается одной из наиболее сложных проблем современной урологии [5].

Цель: проанализировать результаты применения заместительной пластики мочеточника при его протяженных стриктурах.

Задачи: улучшить результаты исследования протяженных стриктур мочеточника.

Материал и методы. В исследование были включены 4 пациента женского пола с односторонней протяженной стриктурой мочеточника. Возраст больных колебался от 55 до 72 лет и в среднем составил 61,8 лет. Всем пациентам проведено комплексное исследование с обязательным изучением протоколов ранее выполненных операций, проведением ретроградной уретеропиелографии и антеградной пиелоуретерографии при наличии нефростомы. Проведенные исследования позволили установить протяженность стриктуры, ее расположение и сделать заключение, что иные способы восстановления уродинамики верхних мочевых путей на стороне патологии кроме заместительной кишечной пластики мочеточника провести не представляется возможным. Показанием к заместительной пластике мочеточника у всех пациентов было повреждение мочеточника на большом протяжении (более 5 см).

Сторона выполнения операции - слева у 2 пациентов (50%), справа – 2 пациента (50%). Всем пациентам была выполнена заместительная кишечная пластика мочеточника.

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность операции составила 319 минут (270 – 350 минут).

Табл. 1. Результаты операций

N	Возраст, лет	Год операции	Сторона	Продолжительность операции, мин	Период наблюдения, мес
1	72	2013	Левая	350	60
2	55	2016	Левая	270	2
3	61	2019	Правая	350	9
4	59	2019	Правая	305	5
Δ	61,8			319	19

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов за период от 3 месяцев до 4 лет. Стеноз уретеоилеоанастомоза выявлен у 1 пациента (25%), облитерация илеоцистоанастомоза отмечена у 1 (25%) пациента. У оставшихся двух (50%) пациентов по результатам ультразвукового исследования и экскреторной урограммы осложнений не было выявлено.

Табл. 2. Осложнения отдаленного периода хирургического лечения

Возраст, лет	Год операции	Сторона	Осложнения
72	2013	Левая	Не было
55	2016	Левая	Не было
61	2019	Правая	Стеноз верхнего анастомоза (уретео-илео)
59	2019	Правая	Облитерация нижнего анастомоза (илео-цисто)

Повторное вмешательство проведено 2 пациентам (50%). Рефлюкс-пиелонефритов у пациентов не выявлено. Хороший отдаленный результат по данным обследований установлен у 2 (50%) пациентов, удовлетворительный – 2 (50%).

Выводы:

1 Кишечное замещение мочеточника сложное, реконструктивное хирургическое вмешательство, необходимое для восстановления непрерывности мочевых путей, избавления пациента от постоянного нефростомического дренажа и сохранения функции почки со стороны повреждённого мочеточника.

2 Протяжённость стриктуры мочеточника сложно определить интраоперационно, необходимость кишечного замещения мочеточника и план операции должны быть определены заранее.

3 Верхний мочеточниково-кишечный анастомоз целесообразно располагать забрюшинно, а нижний – в брюшной полости.

4 Кишечное замещение мочеточника не приводит к нарушениям кислотно-щелочного состояния крови.

Литература

1. Использование изолированных сегментов кишечника в оперативном лечении лучевых повреждений мочевыводящих путей / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, А.В. Серегин, и др. // Урология. – 2012. – №2. – С. 20-24.
2. Use of ileum as ureteral replacement in urological reconstruction / S.A. Armatys, M.J. Mellon, S.D. Beck, et al. // J Urol. – 2009. – №181. – P. 177-181.
3. Banerji, J.S. Total uterectomy and ileal ureteric replacement for TCC ureter in a solitary kidney / J.S. Banerji // Urol Assoc J. – 2014. – №8. – P. 938-940.
4. The use of bowel for ureteral replacement for complex ureteral reconstruction: long-term results / B.I.Chung, K.J. Hamawy, L.N. Zinman, et al. // J Urol. – 2006. – №175. – P. 179-183.
5. Long-term functional outcomes after ileal ureter substitution: a single-center experience / B.Wolff, E. Chartier-Kastler, P. Mozer, et al. // Urology. – 2011. – №78. – P. 692-695.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ