

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПОСЛЕ УРЕТЕРОЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ

Дубров В.И., Строчкий А.В., Юшко Е.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

urolog@bsmu.by

Проведено проспективное исследование в которое включены 32 пациента детского возраста с пузырно-мочеточниковым рефлюксом после реимплантации мочеточника. Результаты лечения оценены в 2 группах детей, разделенных в зависимости от метода хирургического лечения.

Ключевые слова: *пузырно-мочеточниковый рефлюкс, антирефлюксная операция, реимплантация мочеточника.*

SURGICAL MANAGEMENT OF VESICoureTEREAL REFLUX IN CHILDREN FOLLOWING URETEROCYSTONEOANANASTOMOSIS

Dubrov V. I., Strotsky A. V., Youshko E. I.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

A prospective study was carried out, which included 32 pediatric patients with vesicoureteral reflux following ureteral reimplantation. The results of treatment were evaluated in 2 groups of children, depending on the method of surgical treatment.

Key words: *vesicoureteral reflux, antireflux surgery, ureteral reimplantation.*

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения вторичного пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), развившегося после уретеронеоцистоанастомоза.

Введение. Уретеронеоцистоанастомоз (УНЦА) является распространенной операцией в детской урологической практике и наиболее часто применяется при коррекции ПМР, мегауретера, а также при трансплантации донорской почки. Основной принцип профилактики рецидива ПМР в отдаленном послеоперационном периоде при выполнении УНЦА – создание подслизистого отдела реимплантированного мочеточника достаточной длины. Протяженность подслизистого сегмента должна в 4-5 раз превышать диаметр мочеточника [1]. ПМР является наиболее частым осложнением реимплантации мочеточника и наблюдается у 3-50 % пациентов [2,3]. Эффективность повторной операции, как правило, меньше чем первичной [3]. В данной работе мы сравнили результаты лечения послеоперационного рефлюкса у детей с использованием повторной расчленяющей реимплантации мочеточника и антирефлюксной операции без отсечения мочеточника от мочевого пузыря.

Материал и методы. Для оценки эффективности хирургического лечения ПМР, возникшего после реимплантации мочеточника, у пациентов детского возраста проведено проспективное клиническое исследование. Критерии включения: дети, ранее перенесшие УНЦА, с односторонним ПМР 3-5 степени. Критерии исключения: ПМР 1-2 степени, пациенты с

экстропией мочевого пузыря, некоррегированная дисфункция нижних мочевых путей, сочетанное обструктивно-рефлексирующее поражение мочеточника.

В исследование включены 32 пациента, которым проведено хирургическое вмешательство по поводу ПМР 3-5 степени возникшего после УНЦА. Предшествующая реимплантация мочеточника выполнялась по экстравезикальным методикам Барри и Лича-Грегуара. Средний возраст пациентов составил $72,5 \pm 37,1$ месяцев (от 2 до 13 лет); мальчиков было 27 (84,4%), девочек – 5 (15,6%). У всех детей наблюдался односторонний рефлюкс, из них справа – 12 (37,5%), слева – 20 (62,5%). При этом 12 детей (37,5%) ранее оперированы по поводу ПМР 4-5 степени, 17 (53,1%) – в связи с обструктивным мегауретером, 3 пациента (9,4%) перенесли трансплантацию донорской почки по причине терминальной стадии почечной недостаточности. ПМР 5 степени отмечен у 11 детей, 4 степени – у 18, у 3 пациентов после трансплантации почки был рефлюкс 3 степени.

Протокол обследования пациентов с рецидивным ПМР включал: лабораторные тесты, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, уретроцистоскопию, микционную цистоуретрографию и статическую нефросцинтиграфию. При наличии признаков дисфункции мочевого пузыря проводилось комплексное уродинамическое обследование. Показанием к повторному хирургическому лечению служило рецидивирующее течение пиелонефрита на фоне антибактериальной профилактики, появление новых рубцов в паренхиме почки по данным нефросцинтиграфии, усиление экзогенности паренхимы по данным ультразвукового исследования. Пациентам с дисфункцией мочевых путей операция выполнялась только при сохранении рефлюкса после проведения консервативной терапии и нормализации показателей, отражающих уродинамику. В зависимости от метода повторной операции пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 15 детей, которым была выполнена антирефлюксная операция, заключающаяся в удлинении подслизистого тоннеля без отсечения мочеточника от мочевого пузыря. В группу сравнения включены 17 пациентов, перенесших повторную реимплантацию мочеточника по методу Барри. Всем пациентам через 6 месяцев после вмешательства было проведено контрольное обследование. Успешным результатом считалось полное разрешение ПМР, отсутствие или положительная динамика дилатации лоханки и мочеточника.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила в основной группе $131,5 \pm 23,7$ минут, в контрольной – $118,4 \pm 19,2$ ($p=0,43$). Интраоперационные осложнения в виде перфорации слизистой мочевого пузыря наблюдались у 6 пациентов (18,8%). Во всех случаях перфорация была ушита. В раннем послеоперационном периоде у 1 ребенка в основной группе и у 2 детей в контрольной группе было обострение пиелонефрита, в связи с чем проводилась консервативная антибактериальная терапия, в 1 случае для временного отведения мочи выполнена пункционная нефростомия. Таких осложнений как значительная гематурия, подтекание мочи в рану и нарушение мочеиспускания не отмечалось.

Отдаленные результаты прослежены за период от 6 месяцев до 15 лет. Рецидив ПМР по результатам микционной цистоуретрографии был выявлен у 1

пациента основной группы (6,7%) и у 3 детей (17,6%) в контрольной группе ($p = 0,6$). Сохранение расширения мочеточника с полным разрешением рефлюкса наблюдалось у 1 ребенка после повторной реимплантации по Барри (5,9%). Общая эффективность хирургического лечения составила в основной группе 93,3%, в контрольной – 76,5% ($p = 0,34$). При анализе ранних и поздних послеоперационных осложнений установлено, что они наблюдались у пациентов с ПМР 4-5 степени при выраженном расширении мочеточника.

Заключение. Создание антирефлюксного механизма без отсечения мочеточника от мочевого пузыря является эффективным методом лечения ПМР после УНЦА у детей. Наш опыт показал, что при применении методики частота успеха выше, чем при выполнении повторной реимплантации мочеточника. Однако исследование основывается на небольшом клиническом материале и статистически достоверной разницы в группах сравнения не было получено.

Список литературы

1. Paquin Jr A.J. Ureterovesical anastomosis: the description and evaluation of a technique. J Urol. 1959;82:573-83.
2. Campbell-Walsh Urology [Book] / auth. Alan J. Wein Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin, Craig A. Peters. - Philadelphia : Elsevier, 2016. p.3165-7.
3. DeFoor W., Minevich E., Reddy P., et al. Results of tapered ureteral reimplantation for primary megaureter: extravesical versus intravesical approach. J Urol. 2004;172(4 Pt 2):1640-3.