



ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев АА.¹, Рахматуллаев И.С.¹, Эргашев К.Т.², Рузиев М.Ю.³

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан;

²Национальный детский медицинский центр, Ташкент, Узбекистан;

³ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан.

Введение. Анализ результатов реконструктивно-пластических операции при первичном обструктивном мегауретере (ПОМ) у детей показал, что неудовлетворительные результаты достигает до 18%. У детей раннего возраста (1-3 года) ПОМ не требует хирургического лечения, а расширения мочеточника бесследно исчезает со временем, причиной которого объясняются незрелостью уретерovesикального сегмента (УВС). Однако, сроки исчезновения ПОМ довольно вариabельны и могут длиться от 1 до 3-х лет. Совершенно очевидно, что нарушения пассажа мочи столь длительное время не проходят бесследно для почек.

Материал и методы. В отделения детской хирургии клиники ТашПМИ, РСНПМЦ Педиатрии и отделение урологии НДМЦ 68 ребенку со стенозом УВС на протяжении 5±3мм в возрасте от 1 до 4 лет выполнена эндоскопическая коррекция ПОМ. Эндоскопическая коррекция проводилась путем баллонной дилатации суженного участка УВС с нижним стентированием мочеточника. После смотровой цистоскопии в устье мочеточника проводили гибкий проводник на глубину 6-8см., устанавливали катетер баллон, который надували до 4-6 АТМ/bar. УВС дилитировали до 6-8СН под визуальным и С агm контролем. Далее по проводнику проводили стент с диаметром 4- 5СН, устанавливаемый в нижний болюс мочеточника, сроком от 20 до 30 дней.

Результаты. Гидронефроз обусловленный обструкцией УВС оценивали согласно классификации, предложенной обществом по фетальной урологии (SFU) (1993). Так, II степени был определен у 11 детей, III степени - у 33, IV степени - у 24 больных. Эффективность вмешательства в ранние сроки после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома и доплерометрии пузырно-мочеточникового выброса мочи. В ранние сроки показатели доплерометрии достоверно улучшились, частота выброса за 1 мин. $3,2 \pm 0,3$, $T_e 1,74 \pm 0,07$ сек, $V_{max} 0,35 \pm 0,03$ м/с. Мочевой синдром отмечен у 4 больных, который купировался к моменту выписки. В отдалённые сроки у 59 детей с II, III и IV степенью отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и сокращение мочеточника и коллекторной системы почек. У 9 детей оперированных с IV степенью, отмечена лишь тенденция к сокращению мочеточника.

Заключение. Эндоскопическое трансуретральное баллонная дилатация при ПОМ с нижним стентированием у детей эффективна при II и III степени гидронефроза. Показаниям к повторной трансуретральной коррекции является сохранение степени гидронефроза и инфекции верхних мочевых путей.

Список литературы:

1. ЮСУПАЛИЕВА, Г. А., РАШИДОВ, З. Р., НИЯЗОВ, А. Н. У., & АХМЕДОВ, Э. А. (2019). Информативность мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике нефротуберкулеза. Наука среди нас, (3), 84-90.
2. Abdullaev, Zafar, et al. "Fistula recurrence after urethrocutaneous fistulectomy in children with hypospadias: risk factors." Journal of Pediatric Urology 16 (2020): S12.
3. Bondarenko, S. G., Agzamkhodjaev, S. T., Boyko, A. V., & Kuzovleva, G. I. (2022). The shape of the kidney pelvis in the fetus with hydronephrosis grade III as a predictor of surgical treatment in postnatal period. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 12(4), 419-428.