

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА ПРИ КАМНЯХ ПОЧЕК

А.М. ШАМСИЕВ, Д.О. АТАКУЛОВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, Ш.З. КОМИЛОВ, Э.С. ДАНИЯРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИДА ЖОМ-СИЙДИК НАЙИ СЕГМЕНТИ ТУГМА НУҚСОННИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА БАРТАРАФ ЭТИШ

А.М. ШАМСИЕВ, Д.О. АТАКУЛОВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, Ш.З. КОМИЛОВ, Э.С. ДАНИЯРОВ

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

SURGICAL CORRECTION OF INHERENT ANOMALIES OF URETERO- PELVIC JUNCTION AT KIDNEY STONES

A.M. SHAMSIYEV, D.O. ATAULOV, Zh. A. SHAMSIYEV, Sh.Z. KOMILOV, E.S. DANIYAROV

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

РИПИАТМ Самарканд филиали Болалар хирургиясида 2000 йилдан 2010 йилгача бўлган даврда стационар даволашга 62 та ёши 10 ойдан 17 ёшгача бўлган бемор жом-сийдик найи сегменти тугма нуқсони (ЖНСТН) ва сийдик тош касали (СТК) билан даволашга қабул қилинган. Уродинамиканинг бузилиши билан кечган беморларга магнит резонанс томография (МРТ) ва мультиспирал компьютер томография (МСКТ) текшируви ўтказилди. Барча касалларда очик нефро- ёки пиелолитотомия жарроҳлиги ўтказилди. Бу ерда жом-сийдик найи сегменти (ЖНС) абберант (қўшимча) кон томири - 40 та беморларда аниқланиб, ЖНС эмбрионал битиши -11 та беморларда, ЖНС стенози - 4 та беморларда, ЖНС клапани – 4 та беморларда кузатилди. 3 та беморда буйрак тўқимасининг деструктив қайтмас ўзгаришлари билан тўла нефруретерэктомия ўтказилди. МРТ ва МСКТ операциядан олдинги даврда ЖНСТН ни аниқлашга имкон бериб, жарроҳлик ҳажмини аниқлайди. Ўз вақтида жом-сийдик найи сегменти тугма нуқсони жарроҳлигини ўтказиш буйракда тош ҳосил бўлишининг олдини олишга ва асоратлар ҳосил бўлмаслигига имкон беради.

Калит сўзлар: *буйрак тоши, болалар, жом-сийдик найи сегменти тугма нуқсони.*

In the Samarkand branch of Pediatric Surgery of PSRSPMCP in the period from 2000 to 2010 were hospitalized 62 patients aged from 10 months to 17 years with congenital anomalies of uretero- pelvic junction (CAUPJ) and urolithiasis (VC). Patients with malfunctions of urodynamic were conducted magnetic resonance imaging (MRI) and multispiral computer tomography (MSCT). All patients underwent open or nephrotoxicity pelviolithotomy. In this aberrant vessel ureteropelvic junction (UPJ) obstruction was detected in 40, embryonic commissure of UPJ in 11, stenosis of UPJ in 4, the valve of UPJ - in 4 patients. In 3 patients with irreversible destructive changes of renal tissue, accompanied by a complete lack of function was conducted nefrurerektomy. Using MRI and MSCT reveals CAUPJ in the preoperative period that determines the amount of surgery. Timely surgical correction of UPJ anomalies can prevent the development of recurrent kidney stones.

Key words: *kidney stone, children, congenital anomalies uretero- pelvic junction.*

Актуальность. В патогенезе МКБ немало-важное значение имеет наличие ВАЛМС. ВАЛМС как фактор приводящий застою мочи в лоханке способствует образованию конкрементов. По данным литературы сочетание ВАЛМС и МКБ в урологической практике встречается нередко и колеблется в пределах 16-25% от общего числа больных с уrolитиазом [4,7].

Ученые урологи уделяют большое внимание разработкам оптимальных методов хирургической коррекции ВАЛМС [1,2,3,4,7]. Наиболее распространенными и эффективными являются реконструктивно-пластические операции, тем не менее, эти операции требуют длительного интубационного наркоза и сопровождаются широким

вскрытием забрюшинного пространства с тщательным выделением зоны ЛМС [5,6]. Развитие медицинских технологий позволили качественно улучшить раннюю диагностику ВАЛМС. Ультразвуковая сонография, доплерография, спиральная компьютерная томография позволяют значительно улучшают результаты операций за счет досконального изучения анатомии мочевыводящих путей в том числе и в зоне лоханочно-мочеточникового сегмента.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения врожденной аномалии лоханочно-мочеточникового сегмента при камнях почек.

Таблица 1.

Расположение камней почек и в/з мочеточника

<i>Количество камней</i>	<i>Справа</i>	<i>Слева</i>	<i>Двухстороннее расположение</i>
<i>Единственный камень</i>	21 (33,8%)	17 (27,4%)	8 (12,9%)
<i>Множественные камни</i>	7 (11,3%)	5 (8%)	4 (6,6%)
<i>Всего</i>	28 (45,1%)	22 (35,4%)	12 (19,5%)

Материал и методы: В Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦП в период с 2000 по 2010 года находились на стационарном лечении 62 больных в возрасте от 10 месяцев до 17 лет с ВАЛМС и МКБ. Девочек было 23 (37%), мальчиков 39 (63%), превалировали больные из сельской местности 58 (93,5%) по сравнению с городскими 4 (6,5%). В возрасте до 3 лет было 19 (30,6%), от 3 до 7 лет 23 (37,1%), старше 7 лет 20 (32,3%) больных. Всем больным проведено комплексное урологическое обследование включающее клиничко-лабораторное обследование, УЗИ, обзорная и экскреторная урография, при необходимости проводилось МРТ или МСКТ. При этом у всех 62 больных были выявлены различные ВАЛМС и камни почек. В таблице 1 представлены данные по локализации конкрементов в мочевыводящих путях.

Как видно из таблицы 1 распределение камней справа и слева было практически одинаковым. Следует отметить, что в 19,5% случаев обнаружено двухстороннее поражение, из них в 6,6% обнаружены множественные камни. В результате проведенных урологических обследований у 22 (35,5%) были выявлены нарушения уродинамики различной степени выраженности. Данное обстоятельство послужило основанием для проведения у этих больных МРТ и МСКТ, которые позволили выявить ВАЛМС в дооперационном периоде. У остальных 40 (64,5%) больных выраженных нарушений уродинамики выявлено не было, эти больным МРТ и МСКТ не проводилось.

После соответствующей предоперационной подготовки больные были оперированы. Всем

больным проведена открытая нефро- или пиелолитотомии. При этом аберрантный сосуд ЛМС выявлен у 40 (64,5%), эмбриональные спайки ЛМС у -11 (17,7%), стеноз ЛМС у 4 (6,5%), клапан ЛМС у - 4 (6,5%) больных. У 3 (4,8%) больных с необратимыми деструктивными изменениями почечной ткани сопровождающиеся полным отсутствием функции была проведена нефруретерэктомия. Выявленные ВАЛМС и виды проведенных операций приведены в табл.2.

Из приведенных данных таблицы 2 видно, что наиболее частой ВАЛМС в наших наблюдениях явился аберрантный сосуд ЛМС – 40 (64,5%) случаев. Реже имело место случаи стеноза и клапана ЛМС.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, среднее пребывание в стационаре составило 18,4 койко-дня. После выписки все больные направлены на диспансерное наблюдение детского уролога по месту жительства. Отдаленные результаты изучены у 44 (70,9%) пациентов в сроки от 3 до 13 лет. Всем им было проведено полное клиничко-лабораторное обследование, при этом случаев рецидива заболевания не отмечалось.

Выводы. Таким образом, одной из причин возникновения камней в почках является врожденные аномалии развития лоханочно-мочеточникового сегмента. Использование МРТ и МСКТ позволяет выявить ВАЛМС в дооперационном периоде, что определяет объем хирургического вмешательства. Своевременная хирургическая коррекция аномалий лоханочно-мочеточникового сегмента позволяет предупредить развитие рецидивных камней почек.

Таблица 2.

Виды проведенных операций

<i>Название операций</i>	<i>Справа</i>	<i>Слева</i>	<i>Всего</i>
<i>Нефролитотомия, рассечение аберрантного сосуда ЛМС</i>	4 (6,4%)	5 (8,1%)	9 (14,5%)
<i>Пиелолитотомия, рассечение аберрантного сосуда ЛМС</i>	19 (30,7%)	12 (19,5%)	31 (50,2%)
<i>Пиелолитотомия, рассечение спаек ПУС</i>	6 (9,7%)	4 (6,4%)	10 (16,1%)
<i>Уретеролитотомия, рассечение спаек ПУС</i>	-	1 (1,6%)	1 (1,6%)
<i>Пиелолитотомия, пластика ПУС (стеноз)</i>	2 (3,2%)	2 (3,2%)	4 (6,4%)
<i>Пиелолитотомия, рассечение клапана ПУС</i>	2 (3,2%)	2 (3,2%)	4 (6,4%)
<i>Нефруретроэктомия</i>	1 (1,6%)	2 (3,2%)	3 (4,8%)
<i>Всего</i>	34 (54,8%)	28 (45,2%)	62 (100%)

Литература:

1. Марков А.Г., Ергаков Д.В., Лисенок А.А., Серебряный С.А. Эндопиелотомия в лечении стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента. В кн.: Пленум Российского о-ва урологов: Материалы. Екатеринбург; 2006. 220-221.
2. Bernardo N.O., Smith A.D. Percutaneous endopyelotomy. Urology 2000; 56: 322-327.
3. Gerber C.S., Kim J.C. Ureterscopy endopyelotomy in the treatment of patients with ureteropelvic junction obstruction. Urology 2000; 55: 198-203.
4. Kim S.C. Kuo R.L., Lingeman J.E. Percutaneous nephrolithotomy: an update. Curr . Opin. Urol. 2003; 13: 235-241.
5. Knudsen B.E., Cook A.J., Watterson J.D. et al. Percutaneous antegrade endopyelotomy long-term results from one institution. Urology 2004; 63: 230-234.
6. Soylu A., Murat Y. et al. Bilateral kidney stones with ureteropelvic junction obstruction. Nature Clin. Pract. Urol. 2005; 2: 351-354.
7. Van Cangh P.J., Nesa S., Tombal B. The role of endourology in ureteropelvic junction obstruction. Curr. Urol. Rep.2001; 2: 149-153.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ
ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО
СЕКМЕНТА ПРИ КАМНЯХ ПОЧЕК**

А.М. ШАМСИЕВ, Д.О. АТАКУЛОВ,
Ж.А.ШАМСИЕВ, Ш.З. КОМИЛОВ,
Э.С. ДАНИЯРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦП в период с 2000 по 2010 года находились на стационарном лечении 62 больных в возрасте от 10 месяцев до 17 лет с врожденной аномалии лоханочно-мочеточникового сегмента (ВАЛМС) и мочекаменной болезни (МКБ). Больным с нарушением проводилось магнитно резонансная томография (МРТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). Всем больным проведена открытая нефро - или пиелолитотомии. При этом aberrантный сосуд лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) выявлен у 40, эмбриональные спайки ЛМС у -11, стеноз ЛМС у 4, клапан ЛМС у - 4 больных. У 3 больных с необратимыми деструктивными изменениями почечной ткани, сопровождающиеся полным отсутствием функции была проведена нефруретерэктомия. Использование МРТ и МСКТ позволяет выявить ВАЛМС в дооперационном периоде, что определяет объем хирургического вмешательства. Своевременная хирургическая коррекция аномалий лоханочно-мочеточникового сегмента позволяет предупредить развитие рецидивных камней почек.

Ключевые слова: камень почки, дети, врожденные аномалии лоханочно-мочеточникового сегмента.