

Свекатун В.Н.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Кафедра детских болезней ФПО

(научный руководитель - д.мед.н. Дмитряков В.А.)

Актуальность. Аномалии развития органов мочевыделительной системы составляют более 40% среди врожденных заболеваний детского возраста. Около 14,0% всех пороков мочевой системы приходится на обструктивный и рефлюксирующий мегауретеры. Диагностируется мегауретер у одного из 10000 детей, у мальчиков в 5 раз чаще. Наиболее сложной проблемой в настоящее время является диагностика и лечение первичного обструктивного мегауретера.

Развитие первичного обструктивного мегауретера обусловлено нарушениями структуры мышечного слоя дистального отдела мочеточника. Характерно недоразвитие продольных фиброзно-мышечных волокон, гипертрофия и гиперплазия циркулярных, увеличение соединительнотканых волокон. Диспропорция роста и дисфункции созревания тканей и органов мочевыделительной системы сопровождается патологическими изменениями уродинамики, крово- и лимфообращения. Определяется дисбаланс продукции цитокининов и фактора роста.

Целью исследования является разработка альтернативы открытым хирургическим методам лечения мегауретера у детей, что обеспечит значительное снижение травматичности оперативного вмешательства, уменьшение количества послеоперационных осложнений, улучшение результатов лечения. Одним из перспективных методов лечения является трансвезикальное ретроградное внутреннее стентирование (ТРВС) мочеточников.

Материалы и методы. Мы использовали классический двойной стент типа "поросячий хвост" изготовленный из текофлекса, который размягчается при температуре тела. Имеет гидрофильное покрытие. Размеры: диаметр 4,5 - 8,5 Fr, длина 8-30 см. За период с 2006 по 2015 годы в клинике детской хирургии с первичным обструктивным мегауретером пролечено 46 детей (51 мочеточник) в возрасте от 3 месяцев до 5 лет. Всем больным проводилось цистоскопия для оценки анатомических маркеров мочевого пузыря. При возможности проводили стент, соответствующий возрасту, по общепринятой методике до лоханки скомпрометированной почки. В том случае, когда возникало препятствие, оценивали его и проводили бужирование или балонную дилатацию этого отдела мочеточника и повторяли попытку стентирования. Стент удерживался от 1 до 4 месяцев, под контролем УЗИ. У 8 больных (из 46) стентирование было безуспешным, так как из-за механического препятствия стент провести не удалось.

Результаты лечения: 36,7% (13 детей) – отлично, 30,0% (11 детей) – хорошо, 20,0% (8 детей) – удовлетворительно, 13,3% (6 детей) – неудовлетворительно.

Выводы. Лечение урологической патологии у детей необходимо проводить исходя из понимания диспропорции роста и дисфункции созревания органов мочеполовой системы. ТРВС скомпрометированных мочеточников в большинстве случаев является альтернативой открытым хирургическим методам лечения мегауретера у детей. Дальнейшее изучение и усовершенствование метода даст возможность определить его окончательное место в лечении мегауретера у детей.