

Литература:

1. Е.А.Склярова, с соавт. / Мониторинг гноеродной хирургической инфекции у детей в условиях многопрофильного детского хирургического стационара / соавт. С.Н. Гисак, Г.С. Большева, / Детская хирургия, 2009, № 4, стр. 13–15.

ВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Скобеюс И.А., Дружинин Г.В., Шкутов А.О., Дубров В.И.

Республиканский центр детской урологии, Минск

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) является важнейшей проблемой детской урологии. Хирургическое лечение ПМР показано при неэффективности консервативной терапии, при наличии обострений пиелонефрита или ухудшении функции почек в процессе динамического наблюдения. Существуют различные методы оперативного лечения: открытые, эндоскопические и лапароскопические операции. Одной из самых популярных методик является открытая антирефлюксная операция Коэна. Эффективность этого метода достигает 95%, однако ей присущи все недостатки «открытых» операций. Поэтому в последние годы появились тенденции выполнения операции Коэна малоинвазивным везикоскопическим доступом.

Цель – изучить результаты везикоскопической реимплантации мочеточников у детей с ПМР.

Материал и методы исследования. За период с 2011 по 2014 годы в Республиканском центре детской урологии везикоскопическая реимплантация мочеточников выполнена у 12 детей (8 девочек и 4 мальчика), страдающих ПМР. Односторонний ПМР выявлен в 10 случаях, двусторонний – в 2. У 3 пациентов отмечались парауретеральные дивертикулы значительных размеров. Возраст детей на момент операции составил от 6 до 13 лет. Метод операции: под цистоскопическим контролем (СО2 цистоскопия) мочевого пузырь фиксировался к передней брюшной стенке с помощью лигатур. Затем производилась установка трех лапароскопических троакаров диаметром 3–5 мм: 1-й – по срединной линии живота на 3-5 см выше лона, 2-й и 3-й троакары – справа и слева трансректально на 3-5 см от первого. Острым способом выделялся дистальный отдел мочеточника на протяжении 4–6 см. При необходимости на этом этапе полностью выделялись и удалялись парауретеральные дивертикулы. В поперечном направлении создавался подслизистый тоннель. Мочеточники проводились через тоннель и фиксировались к слизистой мочевого пузыря. Длительность операции составила от 120 до 290 мин. Дренирование мочевого пузыря в постопера-

ционном периоде осуществлялось с помощью уретрального катетера или цистостомического дренажа в течение 3–5 дней. В одном случае, у пациентки с двусторонним ПМР, потребовалась конверсия на заключительном этапе уретероцистонеостомии в связи с миграцией троакара из мочевого пузыря и нагнетанием углекислого газа в паравезикальную клетчатку.

Результаты и их обсуждение. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Длительность наблюдения составила от 1 года до 5 лет. Рецидивов пиелонефрита не наблюдалось ни у одного ребенка. При контрольном обследовании у всех 8 пациентов по данным микционной цистограммы ПМР не определялся. По результатам статической нефросцинтиграфии не отмечено появления новых рубцовых изменений в почках. Обструкции уретеровезикального соустья по данным ультразвукового исследования, не выявлено.

Везикоскопическая реимплантация мочеточника объединяет в себе основные принципы операции Коэна, а также малотравматичность, свойственную лапароскопическим операциям. Недостатком метода является возрастное ограничение пациентов, так как у детей младше 4–5 лет, как правило, объем мочевого пузыря недостаточен для выполнения везикоскопической операции.

Выводы. Везикоскопическая реимплантация мочеточников является высокоэффективным малотравматичным методом ликвидации ПМР. Эффективность данного метода, сопоставима с результатами традиционной операции Коэна.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Скобеюс И.А., Дружинин Г.В., Галай А.В.,
Шкутов А.О., Дубров В.И.

Республиканский центр детской урологии, Минск

Введение. Гидронефроз является одним из наиболее частых врожденных аномалий верхних мочевых путей. Хирургическое лечение показано при прогрессировании дилатации почки, ухудшении ее функции и при осложненном течении заболевания. Существуют различные методы хирургического лечения: открытые, эндоскопические и лапароскопические операции. «Золотым» стандартом считается открытая пиелопластика по Хайнсу-Андерсену, ее эффективность составляет более 95%. Лапароскопическая пиелопластика является относительно новым методом коррекции гидронефроза.

Цель – оценить эффективность лапароскопической пиелопластики при гидронефрозе у детей.