

данном исследовании не являлась репрезентативной, мы выделили ее отдельно, чтобы продемонстрировать возможности операции Боари при "экстремально протяженном" замещении мочеточника. Оценка уровня интраоперационных осложнений показала, что они в основном были представлены геморрагическими проблемами и достоверно чаще встречались у пациентов третьей группы. Это объясняется необходимостью мобилизации почки и всего мочеточника из массивных рубцовых конгломератов, что сопровождается высокой вероятностью сосудистой травмы.

Ранние послеоперационные осложнения были одинаково выражены у пациентов всех трех групп за исключением дизурического синдрома, который чаще выявлялся у пациентов с реконструкцией мочеточника до его верхней трети. Мы связываем это со значительным уменьшением объема мочевого пузыря при создании лоскута максимальной длины. Однако, в большинстве случаев дизурические явления исчезали в течение недели после операции, а объем мочевого пузыря восстанавливался в течение двух месяцев. Стойкое уменьшение объема мочевого пузыря через один год имело место только у 2 из 70 (2,9%) больных.

Оценивая отдаленные результаты при среднем периоде наблюдения $24,6 \pm 3,4$ месяца, необходимо отметить, что общее число позитивных результатов (хороший + удовлетворительный результат) было очень высоким и составило 91,5%. Распределение позитивных и негативных результатов статистически не различалось среди пациентов всех трех групп и достоверно зависело от предварительной лучевой терапии и наличия в анамнезе ранее проведенных операций по поводу обструкции мочеточника. К нефрэктомии пришлось прибегнуть только в 2 (2,3%) случаях.

В своей работе в большинстве случаев мы использовали технику операции Боари с созданием подслизистого тоннеля в качестве антирефлюксной защиты. Хотя, некоторые авторы рекомендуют наложение простого анастомоза по типу "конец в конец" между лоскутом и мочеточником во всех случаях, мы оправдываем применение такой техники только при наличии натяжения в зоне анастомоза. Среди наших пациентов, вошедших в исследование, признаков пиелонефрита, связанного с пузырно-мочеточниковым рефлюксом не было выявлено ни в одном из наблюдений.

Наиболее ответственным моментом при планировании операции Боари является оценка состояния мочевого пузыря. При объеме мочевого пузыря менее 200 мл использование данного хирургического подхода может быть сложно выполнимо или привести к значительному снижению его емкости. Не меньшее значение при выборе этой хирургической техники имеет и состояние детрузора. В частности, ухудшение эластичности и кровоснабжения стенки мочевого пузыря вследствие лучевой терапии, хронической обструкции или нейрогенных расстройств может серьезно затруднить выполнение операции и крайне негативно сказаться на ее результатах.

Операция Боари позволяет восстановить проходимость нижней и средней трети мочеточника у большинства пациентов с отличными функциональными результатами. Главными преимуществами данного хирургического вмешательства являются хорошее кровоснабжение тубуляризованного пузырного лоскута и возможность формирования протяженных лоскутов (более 15 см).

ЗАМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ТУБУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ ЛОХАНКИ: ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В., Демченко В.Н., Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

Введение. Хирургическая коррекция протяженных дефектов верхней трети мочеточника в большинстве случаев представляет собой сложную техническую задачу. При этом хирург зачастую оказывается перед необходимостью выполнения нефрэктомии или таких сложных и рискованных методик, как кишечная пластика мочеточника, аутотрансплантация почки или уретерокаликаноанастомоз. Восстановление верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки (тубулопластика) является одним из выходов из этой проблемной ситуации.

Хотя антевазальный пиелоуретероанастомоз является стандартной хирургической техникой коррекции гидронефроза при добавочных сосудах, идущих к нижнему полюсу почки, он имеет существенный недостаток - новый анастомоз располагается на уровне того же сосуда, но с другой стороны. Именно это обстоятельство можно считать основной причиной рецидивов при выполнении данных операций. Перемещение зоны анастомоза ниже перекреста с нижнеполярными артериями или венами за счет использования тубулярной пластики лоханки фактически исключает патологическое влияние на него этих сосудов. Поэтому с нашей точки зрения тубулопластика

лоханки должна рассматриваться в качестве стандартной методики хирургического лечения гидронефроза, обусловленного уретеро-вазальным конфликтом.

Мы провели ретроспективную оценку результатов использования тубулярной пластики лоханки у пациентов с патологией лоханочно-мочеточникового сегмента или верхней трети мочеточника

Материал и методы. В исследование вошли 26 пациентов (14 женщин и 12 мужчин), которые были оперированы в клинике с 2009 по 2017 годы. Все пациенты были разделены на две группы: 1- протяженные стриктуры верхней трети мочеточника (n=9) и 2 - патология лоханочно-мочеточникового сегмента, связанная с уретеро-вазальным конфликтом (n=17).

В первой группе все стриктуры имели ятрогенное происхождение (одна предшествующая операция - 5 (55,6%), две - 3 (33,3%), три - 1 (11,1%)). В 7 (77,8%) случаях формирование стриктур было связано с операциями по поводу гидронефроза, в 2 (22,2%) с хирургическим лечением мочекаменной болезни. Протяженность стриктур варьировала от 3,0 см до 9,0 см и составляла в среднем 4,2 см.

Во второй группе 5 (29,4%) пациентам ранее проводились хирургические вмешательства по поводу гидронефроза, тогда как 12 (70,6%) больным каких-либо вмешательств предварительно не выполнялось.

У всех пациентов обеих групп имелась лоханка внепочечного типа. Техника операции включала мобилизацию почки, отсечение мочеточника от лоханочно-мочеточникового сегмента и герметичное ушивание последнего обвивными викриловыми швами. После этого из лоханки выкраивали трапециевидный лоскут максимально возможной длины, отворачивали книзу и выполняли его тубуляризацию. Далее осуществляли наложение пиелоуретерального анастомоза на мочеточниковом стенке. Уретеральный стент удаляли через 2 месяца с момента операции. Средний период наблюдения за пациентами составил $22,8 \pm 4,2$ месяца.

Результаты оценивали через 3, 6 и 12 месяцев после операции на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультрасонографии, МСКТ или экскреторной урографии.

Функциональные результаты разделяли на три вида: хорошие (отсутствие жалоб и обструктивных изменений при визуальных методах исследования, почечная функция хорошая), удовлетворительные (отсутствие жалоб, хорошая почечная функция, умеренные обструктивные изменения) и плохие (обструктивные изменения, ухудшение почечной функции, частые обострения пиелонефрита, жалобы на боли в области почки).

Результаты. Длина пузырного лоскута варьировала от 2,5 до 7,0 см и составляла в среднем $3,6 \pm 0,4$ см.

Общая частота интраоперационных осложнений не превышала 7,7% (2 пациента из 26). В большинстве случаев они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в брюшинном пространстве после предшествующих неоднократных операций и заключались в повреждении почечных сосудов при мобилизации лоханки. Данное осложнение отмечалось только у пациентов первой группы. В обоих случаях дефекты сосудов были успешно ушиты проленовыми швами.

Суммарный уровень ранних послеоперационных осложнений был небольшой (23,1%). К тому же, они не являлись тяжелыми, разрешались консервативно и не требовали хирургической коррекции. Частота послеоперационных осложнений достоверно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита. Подтекание мочи из раны имело место у 3 из 26 (11,5%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 14 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 96,2%. Один плохой результат был зафиксирован у пациента первой группы с протяженностью стриктуры 9,0 см.

Заключение. Хирургическая коррекция верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки является высокоэффективным и безопасным методом реконструкции верхних мочевых путей. Мы рекомендуем его использование не только у пациентов с протяженными стриктурами верхней трети мочеточника, но и у больных с гидронефрозом, связанным с уретеро-вазальным конфликтом.