

ЛИТЕРАТУРА

1. Амелина О. П., Сысолятин А. А., Бородина Г. П., Головин С. В., Каршапов Ю. А. Хирургия, 1983, 7, с. 79.
2. Антоненков Г. М. Автореф. дисс. докт. М., 1974.
3. Петров Б. А., Гальперин Э. И., Иванов Н. Н. Хирургия, 1979, 4, с. 67.
4. Снисаренко Н. Н. Автореф. дисс. канд. Челябинск, 1966.
5. Шкроб О. С., Лопата В. В., Ветинеев П. С., Лозицкий С. А., Тацевский В. А., Егоров И. А., Таточенко К. В. Хирургия, 1982, 6, с. 34.

УДК 616.617—089

А. С. БАБЛЮЯН

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

Оперированы дети с врожденной обструкцией мочеточника дистопированной почки. Установлено, что хирургическая тактика зависит от причины обструкции мочеточника, локализации почки, степени морфофункциональных изменений и дисплазии паренхимы почки, сопутствующих пороков развития.

Вопросы хирургической коррекции нарушений уродинамики верхних мочевых путей при дистопии почек до настоящего времени остаются окончательно не решенными [1, 2, 3]. Мы наблюдали 29 детей с врожденной обструкцией мочеточника дистопированной почки (девочек—22, мальчиков—7). Гомолатеральная дистопия почки выявлена у 26, гетеролатеральная (перекрестная)—у 3 больных. Поясничная локализация почки установлена 16, подвздошная—7, тазовая—6 раз. У всех трех больных с перекрестной дистопией левая почка находилась справа от позвоночника в подвздошной области, причем у одной девочки имелось сращение полюсов почек. При поясничной дистопии почка имела бобовидную или похожую на нее форму. При этом у 14 детей имелась ротация почки с медиальным смещением нижнего полюса и расположением лоханки на передней поверхности органа. В двух наблюдениях лоханка была сзади, а почка ротирована в обратном направлении. Чем ниже располагалась почка, тем больше она теряла свою типичную форму. При тазовой дистопии она представляла собой бесформенную массу с дольчатым строением, с вдавлениями от прилежащих органов и сосудов. Кровоснабжение дистопированной почки также было атипичным. При поясничной локализации органа во всех случаях четко выявлялись ворота почки с основными сосудами, кроме того, нередко наблюдались мелкие добавочные сосуды, идущие к полюсам почки. Чем ниже располагалась почка, тем больше выражалось ее аномальное кровоснабжение: сосуды подходили к органу со всех сторон, оплетали его тело, входили в различные участки по задней и передней поверхности, непосредственно погружаясь в паренхиму. Гистологические исследования удаленных почек (16) позволили установить дисплазию паренхимы в 14 случаях. Дисплазия паренхимы была выражена тем больше и чаще, чем ниже располагалась почка, и

проявлялась в наличии гипоплазированных клубочков, примитивных канальцев, очагов рыхлой недифференцированной мезенхимальной ткани и метапластического хряща. У всех больных со стенозом мочеточника дистопированной почки путем лабораторных и морфологических исследований был установлен хронический пиелонефрит. Мы считаем, что наряду с другими факторами этому способствовала дисплазия паренхимы дистопированной почки.

В зависимости от уровня обструкции мочеточника дистопированной почки мы выделили две группы больных: первая группа—22 пациента с обструкцией прилоханочного отдела мочеточника, вторая группа—7 детей с обструкцией дистального отдела мочеточника. Основными причинами обструкции прилоханочного отдела мочеточника были: стеноз и высокое отхождение мочеточника (10), перегиб мочеточника через полюс ротированной почки (5), сдавление мочеточника сосудами почки (4), фиксированный перегиб мочеточника фиброзными тяжами (2), клапан мочеточника (1). Причинами обструкции дистального отдела мочеточника были: стеноз и эктопия устья мочеточника (4), стеноз мочеточника, впадающего в дивертикул мочевого пузыря (I), сегментарная гипоплазия (1), стеноз интрамурального отдела мочеточника (1). При морфологическом исследовании стенозированного отдела мочеточника (после его резекции или нефроуретерэктомии) установлено, что причиной механической обструкции являлась дисплазия стенки мочеточника, выражающаяся разрастанием фиброзной ткани и гипоплазией мышечных волокон.

Все больные были оперированы. В первой группе больных органосохраняющие операции выполнены у 13 детей: операция Андерсона-Хайнса-Кучеры произведена у 6, нефропексия—у 5, резекция добавочного сосуда почки—у 1, уретеролиз—у 1 больного. Выполняя органосохраняющие операции, мы всегда фиксировали почку, создавая наиболее благоприятные анатомические и функциональные взаимоотношения между почкой, лоханкой и мочеточником. Во всех случаях применяли внебрюшинный доступ к пораженной почке. У 9 больных была выполнена нефрэктомия (при тазовой дистопии почки—5, при подвздошной перекрестной дистопии—2, при поясничной дистопии—2). Большое количество органосохраняющих операций объясняется строением почки, близким к эмбриональному, невыгодной локализацией и утратой функциональной способности. Чем ниже располагалась почка, тем больше в ней были выражены признаки дисплазии и труднее было ее сохранить. При нефрэктомии почку выделяли с большой осторожностью, учитывая аномальное кровоснабжение, методично перевязывая многочисленные сосуды, некоторые из которых (особенно по задней поверхности) непосредственно входили в паренхиму почки.

Вторую группу составили 7 детей со стенозом дистального отдела мочеточника дистопированной почки. Эти больные представляли особый интерес, так как во всех случаях стеноз дистального отдела мочеточника дистопированной почки сочетался с другими пороками развития: 1) подвздошная дистопия и гипоплазия левой почки, влагалищ-

ная эктопия устья левого мочеточника, гипоплазия матки; 2) поясничная дистопия и гипоплазия правой почки, шейная эктопия устья правого мочеточника; 3) поясничная дистопия и гипоплазия левой почки, влагалищная эктопия устья левого мочеточника; 4) поясничная дистопия удвоенной левой почки (неполное удвоение), влагалищная эктопия устья левого мочеточника; 5) тазовая дистопия левой почки, пузырно-мочеточниковый рефлюкс справа; 6) поясничная дистопия левой почки, дивертикул мочевого пузыря (левый мочеточник впадает в дивертикул), врожденный вывих бедра; 7) поясничная дистопия и гипоплазия левой почки. У всех больных этой группы выполнена нефроуретерэктомия. В четырех случаях причиной нефроуретерэктомии явился уретерогидронефроз дистопированной гипоплазированной почки, в двух — утрата функциональной способности дистопированной почки в связи с атрофией паренхимы, в одном случае — тазовая дистопия почки.

Отдаленные результаты хирургического лечения обструкции мочеточника дистопированной почки изучены нами у 20 человек в срок от 1 года до 11 лет. Хороший результат получен у 5 пациентов после операции Андерсона-Хайнса-Кучеры с фиксацией почки в функционально выгодном положении. Такой же результат получен у 3 детей после нефропексии, у которых обструкция мочеточника была вызвана его перегибом через полюс ротированной почки. Хорошим расценен результат лечения 9 обследованных, которым была выполнена нефрэктомия. Удовлетворительный результат получен дважды: в одном случае после резекции добавочного сосуда почки, в другом — после уретеролиза. Эти дети чувствовали себя хорошо, жалоб не предъявляли, однако временами у них наблюдалась лейкоцитурия, а рентгенологический контроль установил лишь незначительное сокращение расширенных полостей оперированной почки. Плохой результат получен в одном случае после резекции пиелоуретерального сегмента с применением нерассасывающегося шовного материала. Через три года после операции при контрольном обследовании выявлено формирование камней на швах анастомоза, нарастание гидронефротической трансформации с атрофией паренхимы. Произведена вторичная нефрэктомия.

Таким образом, обобщая результаты хирургического лечения обструкции мочеточника дистопированной почки у детей, мы установили, что хирургическая тактика зависит от причины обструкции мочеточника, локализации почки, степени морфофункциональных изменений и дисплазии паренхимы почки, сопутствующих пороков развития. Органо-сохраняющие операции с успехом выполняли при сохраненной функциональной способности дистопированной почки и ее анатомическом положении, не препятствующем нормальной деятельности соседних жизненно важных органов. Хорошие результаты лечения при стенозе прилоханочного отдела мочеточника были получены после выполнения патогенетически обоснованной операции Андерсона-Хайнса-Кучеры с фиксацией почки в анатомически и функционально выгодном положении. Нефропексией ограничивались в тех случаях, когда нарушения уродинамики верхних мочевых путей были вызваны перегибом мочеточника через полюс ротированной почки. Большое число орга-

ших операций (16) было вызвано анатомической и функциональной незрелостью дистопированной почки. Стеноз дистального отдела мочеточника дистопированной почки во всех случаях сочетался с другими пороками развития и дисплазией паренхимы почки, что привело к ранней утрате функциональной способности почки.

Кафедра хирургии детского возраста
Ленинградского педиатрического ме-
дицинского института и кафедра дет-
ской хирургии Ереванского медицин-
ского института

Поступила 29/XI 1985 г.

Ա. Ս. ԲԱԲԼՅԱՆ

ԴԻՍՏՈՊԻԱՅԻ ԵՆԹԱՐԿՎԱԾ ԵՐԻԿԱՄԻ ՄԻՋԱՆՈՐԱՆԻ
ԲՆԱՍԻՆ ՕՐՍՏՐՈՒԿՑԻԱՆԵՐԻ ՎԻՍԱՐՈՒԺԱԿԱՆ
ՏԱԿՏԻԿԱՆ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Հաստատված է, որ վիրարուժական տակտիկան կախված է միզածորանի օբստրուկցիայի պատճառից, երիկամի տեղակայումից, երիկամի պարենխիմալի դիսպլազիայի և մորֆոֆունկցիոնալ փոփոխության աստիճանից, ուղեկցող զարգացման արատը: Դիստոպիկ երիկամի դիստալ հատվածի նեղացման բոլոր դեպքերը զուգակցվում էին երիկամի զարգացման ուրիշ արատներին և նրա հյուսվածքի դիսպլազիայի հետ, որոնց պատճառով նկատվում էր երիկամի ֆունկցիոնալ ընդունակության վաղաժամ կորուստը:

Երիկամի հեռացումների մեծ քանակը պայմանավորված է դիստոպիկ երիկամի անատոմիկ և ֆունկցիոնալ անհասունությամբ:

A. S. BABLOYAN

SURGICAL TACTICS IN CONGENITAL OBSTRUCTION OF URETER
OF THE DYSTOPIC KIDNEY IN CHILDREN

29 children with congenital obstruction of the ureter of the dystopic kidney have been operated. It is established, that the surgical tactics depend on the cause of the obstruction, localization of the kidney, degree of the morphologic changes and dysplasia of the renal parenchyma, which accompany the defect.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гиоргадзе Н. В., Мурванидзе Д. Д. В сб.: Вопросы клинической и экспериментальной урологии. Тбилиси, 1980, с. 168.
2. Державин В. М. Материалы второго Всесоюзного съезда урологов. Киев, 1978, с. 193.
3. Мазо Е. Б. Материалы IV съезда урологов Украинской ССР, Киев, 1985, с. 223.