

## ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА

Кузовлева Г.И., Бондаренко С.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

**Обоснование.** Сокращение размеров верхних мочевых путей после проведенной реимплантации мочеточника, независимо от техники ее проведения, происходит в течение нескольких месяцев. Неправильная и несвоевременная оценка динамики сокращения может трактовать результат операции как неудовлетворительный и приводит к неоправданным повторным оперативным вмешательствам.

**Цель:** оценить динамику сокращения верхних мочевых путей после реимплантации мочеточника, определить критерии недостаточности неоустья, определяющие необходимость повторного вмешательства.

**Методы.** Проведена оценка клинического течения, состояния верхних мочевых путей в раннем послеоперационном периоде, а также среднесрочные результаты реимплантации мочеточника у 44 детей (48 мочеточников). Было прооперировано 24 пациента (28 мочеточников) с обструктивным и 20 (20) с рефлюксирующим мегауретером. 29 пациентам проведена лапароскопическая экстравезикальная уретероцистостомия, 14 — открытая экстравезикальная, и 5 — пневмозикоскопическая реимплантация. Шесть мочеточников были резецированы по ширине, 20 мочеточников во время операции были стентированы. Ультразвуковую оценку диаметров лоханки и мочеточников в послеоперационном периоде проводили на 7–10-е сутки, когда стентирование не использовалось и на следующий день после удаления стента (12-е сутки) при стентировании. Результат оперативного лечения оценивали в том числе по данным УЗИ в среднем через 12 мес.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде в 21 случае отмечено нарастание диаметра лоханки на 57 %, в 7 — диаметр лоханки был стабильным, в 18 — значительное уменьшение диаметра лоханки на 61,3 %. Увеличение диаметра мочеточника обнаружено в 13 случаях, уменьшение — в 28, диаметр 7 мочеточников был стабильным. Нарастание диаметра лоханки при ПМР (13 из 20) встречалось чаще, чем при обструктивном мегауретере (8 из 28,  $p = 0,019$ ). Частота нарастания диаметра мочеточника при ПМР (8 из 20) не отличалась от таковой при обструктивном мегауретере (5 из 28,  $p = 0,1$ ). Вероятность нарастания диаметра лоханки не определялась возрастом больных ( $b = 0,006$ ,  $p = 0,6$ ), однако имела отрицательную связь между дооперационным диаметром мочеточника и частотой нарастания диаметра лоханки после операции ( $b = -0,2$ ,  $p = 0,003$ ). Такая же закономерность обнаружена и для динамики диаметра мочеточника ( $b = -0,3$ ,  $p = 0,002$ ). Риск нарастания диаметра лоханки и мочеточника в послеоперационном периоде был выше при реимплантации с использованием стентирования мочеточника. Вид реимплантации или моделирование мочеточника не оказывали влияния на частоту нарастания диаметра лоханки или мочеточника после операции. В 46 почечных единицах при контрольном обследовании было констатировано разрешение гидронефроза и дилатации мочеточника, у 2 — персистирование гидронефроза (неполное опорожнение мочевого пузыря — 1, ретенноз мочеточника — 1).

**Заключение.** Вне зависимости от выбранной техники реимплантации ранний послеоперационный период характеризуется наличием транзиторного нарастания гидронефроза в 45 % и увеличением диаметра мочеточника в 28 % случаев. Ухудшение состояния верхних мочевых путей клинически не значимо и полностью разрешается к 12-му месяцу послеоперационного периода.

**Ключевые слова:** обструктивный мегауретер; рефлюксированный мегауретер; реимплантация; результаты лечения.