

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Лебедев Д.А., Осипов И.Б., Сарычев С.А., Красильников Д.Е., Алексеева Л.А., Лифанова М.В., Соловьев А.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Первичный обструктивный мегауретер (ПОМ) — это следствие нарушения уродинамики из-за врожденной стриктуры в терминальном отделе мочеточника, что ведет к снижению и последующей утрате функции почки. Лечение ПОМ традиционно включает операции, направленные на реимплантацию мочеточника с удалением стриктуры и модификацией мочеточника по ширине, при необходимости. Баллонная дилатация стриктуры мочеточника до настоящего времени является новым методом лечения ПОМ.

Цель: изучить результаты баллонной дилатации стриктуры мочеточника у детей с первичным обструктивным мегауретером.

Методы. За период с 2012 по 2020 г. однократная баллонная дилатация стриктуры мочеточника при ПОМ II и III степени по Н.А. Лопаткину выполнена 79 детям (мальчики 65, девочки 14), с 92 пораженными мочеточниками. Для процедуры дилатации использовали баллонный катетер с диаметром наконечника от 4 до 7 Fr. Проводили раздувание наконечника катетера до формирования талии по типу «песочных часов», после чего повышали давление в баллонном наконечнике, что приводило к разрыву стриктуры. В мочеточник устанавливали стент, дренирование мочевого пузыря проводили продленной катетеризацией. Длительность баллонной дилатации составила у мальчиков $Me = 45,0$ [30; 60], у девочек $Me = 42,5$ [25; 50] мин. Длительность послеоперационного стентирования составила $Me = 68$ [48; 91] сут, катетеризации мочевого пузыря $Me = 15$ [5; 61] день. Срок наблюдения за пациентами после баллонной дилатации составил от 1 года до 10 лет.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было, в 15 случаях (18,98 %) в раннем послеоперационном периоде имелось обострение пиелонефрита. Протяженность стриктуры мочеточника, определенная при ультразвуковом исследовании и последующей рентгеноскопической оценке, составила $Me = 7,0$ [6,0; 9,0] мм. В 50 (63,29 %) случаях разрыв стриктуры был достигнут быстро, с расправлением баллонного наконечника. У 29 детей дилатация стриктуры проходила с трудностями, у 17 детей медленно, не полностью, с сохранением талии, требовалось увеличение давления. У 12 детей разрыв стриктуры не был достигнут, в связи с чем увеличен диаметр баллона в 6 случаях, и в 6 — использован режущий баллонный катетер. При контрольном обследовании у 63 детей (79,74 %) отмечена нормализация уродинамики, сохраняющаяся при дальнейшем наблюдении. У 16 детей (20,25 %) положительная динамика отсутствовала. При контрольной цистографии пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен в 4 случаях. Для определения факторов, имеющих существенное влияние на окончательный результат баллонной дилатации, проведена оценка различных возможных предикторов (паспортных, уродинамических, инфекционных, анатомических, особенностей хода операции и послеоперационного периода). Доказано влияние на эффективность вмешательства протяженности стриктуры мочеточника (M-U Test $U = 202,5$ $p = 0,0002$) и характера разрыва стриктуры при баллонировании (Fisher exact $p = 0,0006$). Отмечена значимая разница положительных и отрицательных результатов в группах детей с длиной стриктуры до 10 мм и равной или большей 10 мм (Fisher exact $p = 0,00001$). Предиктором плохого результата являлась высокая активность пиелонефрита после удаления стента мочеточника (Fisher exact $p = 0,00001$).

Заключение. Практически 80 % детей с ПОМ были излечены методом баллонной дилатации стриктуры мочеточника. Неблагоприятный исход вмешательства значительно возрастал при длине стриктуры более 10 мм, трудностях раздувания баллонного наконечника, свидетельствующих об устойчивости измененной части мочеточника к дилатации.

Ключевые слова: обструктивный мегауретер; дети; баллонная дилатация; малоинвазивное лечение; эндоскопическое лечение; стриктура мочеточника.