

РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Гурская А.С., Тарзян А.О., Баязитов Р.Р., Жамынчиев Э.К.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Пневмозефалоскопическая реимплантация мочеточников зарекомендовала себя высокоэффективной методикой, не уступающей по результатам открытой реимплантации. Малая травматичность позволяет со временем конкурировать с такими вмешательствами, как эндоскопическая коррекция рефлюкса, стентирование и баллонная дилатация уретерovesикального сегмента. По данным большинства зарубежных и отечественных авторов выполнение пневмозефалоскопической реимплантации мочеточника показано при возрасте старше 2 лет и объеме мочевого пузыря не менее 100 мл.

Цель исследования. Оценить возможность пневмозефалоскопической реимплантации мочеточников у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Было пролечено 7 детей в возрасте от 4 мес. до 1 года. От 4 до 6 мес. — 3 ребенка, с 6 мес. до 1 года — 4. Минимальный вес ребенка составил 4 кг. Детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом 5, с мегауретером 2. Все дети оперированы по методике Коэн. Двусторонняя реимплантация выполнена у 2 пациентов. Удаление парауретерального дивертикула в сочетании с реимплантацией мочеточника выполнено у 3 детей: у 2 — в группе от 4 до 6 мес. У детей грудного возраста заполнение мочевого пузыря при цистоскопии для установки первого порта выполнялось физиологическим раствором. Использование только 3 мм портов, как для рабочих инструментов, так и для оптики, позволило уменьшить травму мочевого пузыря, изменять положение оптики в условиях малого объема мочевого пузыря, уменьшить вероятность экстравазации мочи в послеоперационном периоде. Поддержание рабочего объема в мочевом пузыре осуществлялось инфузией CO₂ до 8 мм рт. ст. Окклюзия уретры катетером Фолея для устранения утечки воздуха потребовалась в одном случае.

Результаты и обсуждение. Длительность операции составила от 70 до 120 мин при одностороннем процессе, 150 и 180 мин при двусторонней реимплантации. Наличие парауретеральных дивертикулов значимо не сказалось на ходе, продолжительности и травматичности операции. Из интраоперационных осложнений у 4 детей отмечен пневмоперитонеум, купированный установкой в брюшную полость иглы Вериша. Конверсий не было. Мочеточники дренировались мочеточниковыми катетерами 5 Fr на 5–7 суток. Мочевой пузырь дренировался уретральным катетером Фолея на 6–10 суток. В послеоперационном периоде у 4 детей в течение 2–3 суток отмечалась умеренная гематурия, обезболивание выполнялось по требованию. Отсутствие обструктивных осложнений и купирование инфекции мочевой системы отмечено у всех больных. Цистография, констатирующая отсутствие рефлюкса выполнена 5 пациентам.

Выводы и рекомендации. Таким образом, при наличии показаний к реимплантации мочеточников, возраст, объем мочевого пузыря, наличие парауретеральных дивертикулов не являются ограничивающим фактором для выполнения операции с использованием пневмозефалоскопического доступа. Дальнейшее накопление опыта позволит пневмозефалоскопии занять свое место в хирургии уретерovesикального сегмента у детей грудного возраста.