

Анализ ранних результатов уретерокаликаноанастомоза

В.Н. Лесовой¹, Д.В. Шукин¹, И.А. Гарагатый¹, И.М. Антонян², П.В. Мозжаков¹, В.Н. Демченко¹, Г.Г. Хареба¹, В.В. Мегера², Р.В. Стецишин²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковский областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала

³Харьковская медицинская академия последипломного образования

Протяженные стриктуры верхней трети мочеточника, выраженный рубцовый процесс в области лоханки, а также гидронефроз у пациента с внутривисцеральной лоханкой являются показаниями к выполнению одного из вариантов сложной пластической реконструкции верхних мочевых путей – уретерокаликаноанастомоза (УКА). Следует отметить, что анастомоз между мочеточником и нижней чашкой представляет собой значимую альтернативу пожизненной нефростомии, нефрэктомии, замещению мочеточника тонкой кишкой либо ауто-трансплантации почки с пиеловезикоанастомозом.

Впервые УКА был выполнен в 1947 г. Neuwirt у пациента с мочекаменной болезнью. В 1956 г. Manetti и Siracusano провели экспериментальное исследование возможности анастомоза между мочеточником и нижней чашкой на собаках. Однако эту технику использовали крайне редко, в основном, чтобы компенсировать неудачи пластики лоханочно-мочеточникового сегмента. Тем не менее, Couvelaire в 1964 г. предложил использовать УКА в качестве первичной операции у пациентов с гигантским гидронефрозом.

Широкое внедрение этой операции сдерживалось высоким уровнем стриктур анастомоза. Современная техника уретерокаликостомии была описана Hawthorne и соавторами в 1976 г., которые предложили обширную резекцию нижнего полюса почки как важнейшую интегральную часть данного хирургического вмешательства.

В последние годы данную операцию также выполняют очень редко из-за сложности и высокой вероятности недостаточности анастомоза. Мы проанализировали ранние результаты УКА у небольшой группы пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование принимали участие 11 пациентов, которые были оперированы в клинике с 2011 по 2013 г. У 9 из них диагностировали мочекаменную болезнь, у 1 – выраженный фиброз в области внутривисцеральной лоханки, еще у одной пациентки имел место ретроперитонеальный фиброз с поражением мочеточников и лоханок обеих почек. В качестве первичной операции УКА выполнен у 5 больных. В одном наблюдении анастомоз накладывали при проведении ауто-трансплантации почки. Хорошее функциональное состояние почки отмечали у 7 из 11 пациентов. Толщина паренхимы менее 10 мм зафиксирована у 3 больных, в остальных наблюдениях этот параметр составлял не менее 16 мм. Тяжелый панцирный паранефрит имел место у 3 пациентов. У остальных 8 отмечались выраженные фиброзные изменения в области лоханки и верхней трети мочеточника.

Техника УКА включала резекцию нижнего полюса почки с ведением нижней чашки в условиях тепловой ишемии. Резекцию почки мы рассматривали как наиболее важное условие адекватности наложения анастомоза между чашкой и

мочеточником. В большинстве случаев старались максимально сохранить стенки чашки и пересечь чашку на 5–7 мм дистальнее плоскости резекции паренхимы. На следующем этапе выполняли тщательное ушивание поврежденных сосудов и накладывали анастомоз между чашкой и мочеточником после снятия сосудистого турникета. Особое внимание уделяли прошиванию сосудов, расположенных рядом с резерцированной чашкой. В двух случаях с гемостатической целью паренхиме почки прошивали п-образными швами. Дренирование ЧЛС с помощью стента и нефростомы было выполнено у 3 пациентов, в остальных случаях использовали стентирование мочеточника. Мочеточниковый стент удаляли через 2 мес после операции. Результаты оценивали на основании анализа жалоб пациентов, клинической картины, данных ультразвунографии, МСКТ или экскреторной урографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среднее время тепловой ишемии почки составило 12,2 мин (от 7 до 20 мин). Во всех случаях анастомоз накладывали в условиях хорошей видимости без какого-либо натяжения. Значительных послеоперационных осложнений, связанных с резекцией почки, выявлено не было. Только у двух больных отмечали неинтенсивное подтекание мочи из раны на протяжении недели после операции.

Ранние результаты прослежены у 8 пациентов. Сроки наблюдения варьировали от 4 до 24 мес (в среднем 8,8 мес). Хорошие функциональные результаты отмечены у всех оперированных больных (отсутствие болевого синдрома, рецидива мочекаменной болезни и обострений пиелонефрита, хорошая функция оперированной почки). Однако ретенционные изменения сохранились у 2 пациентов с толщиной почечной паренхимы 7–9 мм, что расценено, как удовлетворительный результат.

ВЫВОДЫ

Уретерокаликаноанастомоз обеспечивает хорошие функциональные результаты у большинства больных со сложной или рецидивной патологией лоханочно-мочеточникового сегмента. Приоритеты такого подхода видны в анастомозировании неизмененных тканей нижней чашки и мочеточника, а также в том, что анастомоз накладывают в условиях хорошей видимости. В настоящее время очевидно, что результаты уретерокаликаноанастомоза (УКА) гораздо лучше при первичных операциях и у пациентов с сохранной почечной паренхимой. Мы считаем, что УКА является операцией выбора при «внутрипочечном» гидронефрозе или рецидивировании камней у пациентов с внутривисцеральной лоханкой. Однако необходим дальнейший анализ результатов, полученных в более длительные сроки наблюдения.