Ilmiy tadqiqotlar va ularning yechimlari jurnali
Aoka guvohnoma № 323759 ISSN: 3060-4818

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ И УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Mirxoshimov Mirsobit Botir o`g`li [1,2]
https://orcid.org/0000-0001-9803-6615
E-mail: mirsobit_99@mail.ru
Agzamhodjayev Saidanvar Talatovich [1,2]
e-mail: AgzamhodjayevSaidanvar@email.ru

[1]Национальный детский медицинский центр,
город Ташкент, Яшнабадский район,
ул. Паркентская, 294 Тел: +998 (95) 341-00-03
Email: info@bmtm.uz
[2]Ташкентский государственный медицинский университет,
город Ташкент, Алмазарский район,
ул. Фараби, 2 Тел: +998 (78) 150-78-25
Email: info@tashmeduni.uz
https://doi.org/10.5281/zenodo.22857445

АННОТАЦИЯ

Уретероцеле интерпретируется как комплексная врожденная аномалия развития, манифестирующая кистозным расширением дистального сегмента мочеточника в просвете мочевого пузыря вследствие стенозирования его устья. Данная патология инициирует вторичные обструктивные изменения верхних мочевых путей. Активное внедрение минимально инвазивных эндоурологических технологий в педиатрическую урологию фундаментально изменило лечебно-диагностические парадигмы. В представленной работе изложены результаты ретроспективно-проспективного анализа клинического статуса 39 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет, проходивших лечение на базе НДМЦ в период с 2022 по 2025 гг. Проведено компаративное исследование эффективности трансуретральной инцизии (основная группа, n=22) и классических открытых реконструктивных вмешательств (контрольная группа, n=17). Использование систематизированного двухэтапного протокола диагностики в сочетании с эндоскопической декомпрессией обеспечило восстановление адекватного пассажа мочи у 81,8% больных, минимизируя операционную травму и риск развития периоперационных осложнений.

Ключевые слова: педиатрическая урология, эндоурология, трансуретральная инцизия, везикоуретеральный рефлюкс, дупликация мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ И АКТУАЛЬНОСТЬ

Уретероцеле представляет собой патологическую мальформацию подслизисто-интрамурального отдела мочеточника, обусловленную выраженным сужением устья и сопутствующей дисплазией мышечного слоя стенки. Статистически аномалия регистрируется в 1 случае на 4000 новорожденных, занимая до 4% в структуре урологической заболеваемости детского возраста. В подавляющем большинстве наблюдений (до 80%) порок ассоциирован с полным удвоением почки, причем у 60% пациентов диагностируется эктопическая форма.

В современной литературе дискуссионным остается вопрос выбора приоритетного метода хирургической коррекции. Радикальные открытые операции отличаются высокой инвазивностью, в то время как трансуретральное рассечение, характеризуясь безопасностью, в ряде случаев

провоцирует формирование ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса или сохранение признаков инфравезикальной обструкции.

Цель работы: Повышение результативности хирургического лечения детей с уретероцеле посредством внедрения структурированного диагностического алгоритма и патогенетически обоснованной эндоскопической тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический фундамент работы составили наблюдения за 39 детьми, госпитализированными в урологическое отделение НДМЦ (г. Ташкент) в период 2022–2025 гг. Гендерное распределение продемонстрировало превалирование лиц женского пола: 25 девочек (64,1%) против 14 мальчиков (35,9%).

Пациенты были стратифицированы на две группы в зависимости от примененной хирургической методики:

Основная группа (n=22): декомпрессия осуществлялась методом малоинвазивной трансуретральной инцизии (ТУРУ).

Контрольная группа (n=17): выполнялись открытые реконструктивно-пластические вмешательства, включавшие эксцизию уретероцеле и неоимплантацию мочеточника.

Таблица 1. Распределение когорты пациентов по демографическим и клиническим признакам

Возрастная категория	Основная группа (М)	Основная группа (Д)	Контрольная группа (М)	Контрольная группа (Д)	Итого (n=39)
до 12 месяцев	4	7	3	5	19 (48,7%)
1 – 3 года	2	5	3	3	13 (33,3%)
4 – 7 лет	1	1	1	2	5 (12,8%)
8 – 14 лет	1	1	0	0	1 (2,6%)
14 – 18 лет	0	0	0	1	1 (2,6%)
ВСЕГО	**8 (36,4%)**	**14 (63,6%)**	**7 (41,2%)**	**11 (58,8%)**	**39 (100%)**

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

Для обеспечения прецизионной верификации анатомо-функционального состояния мочевыделительной системы в НДМЦ внедрен двухэтапный протокол обследования.

I ЭТАП: Базовый скрининг

-Комплексный лабораторный мониторинг.

-Ультразвуковая сонография с применением допплерографии.

-Экскреторная урография и микционная цистоуретрография.

-Диагностическая цистоскопия.

II ЭТАП: Экспертная визуализация
- Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с болюсным контрастированием.
-КТ-ангиография сосудов почек.
-Динамическая радиоизотопная нефросцинтиграфия (MAG3).

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ

В ходе визуализирующих исследований типично определялось тонкостенное кистозное образование, вызывающее дефект наполнения мочевого пузыря. Патология часто сопровождалась дилатацией коллекторной системы.

Таблица 2. Морфологические варианты и локализация уретероцеле

Характеристика	Основная группа (n=22)	Контрольная группа (n=17)
Односторонняя локализация	18 (81,8%)	14 (82,4%)
Билатеральное поражение	4 (18,2%)	3 (17,6%)
Ортотопическое (интравезикальное)	20 (90,9%)	14 (82,4%)
Эктопическое расположение	2 (9,1%)	3 (17,6%)

Ведущей сопутствующей аномалией являлось полное удвоение мочеточников, отмеченное у 63,6% пациентов основной группы и 64,7% контрольной.

ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

В **основной группе** хирургическая коррекция заключалась в прецизионном трансуретральном рассечении передней стенки образования. Длина инцизии варьировала от 4 до 6 мм. Дренирование мочевого пузыря осуществлялось кратковременно (до 48 часов).

В контрольной группе применялся трансвезикальный доступ. Объем операции включал полное иссечение стенок уретероцеле, реконструкцию стенки пузыря и антирефлюксную пересадку мочеточника по стандартным методикам. Послеоперационный период требовал пролонгированной катетеризации (7–8 суток).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным контрольной сонографии в раннем послеоперационном периоде полная декомпрессия кистозного образования зафиксирована у всех пациентов после ТУРУ. Регрессия диаметра мочеточника составила 79,5%, лоханки — 44,8%. Особого внимания заслуживает восстановление экскреторной способности ранее «немых» верхних сегментов у 44,4% пациентов.

Сравнительный профиль осложнений

-Везикоуретеральный рефлюкс (IV-V ст.): наблюдался у 31,8% пациентов после эндоскопической коррекции и отсутствовал в контрольной группе.

-Снижение функции почечной паренхимы: зарегистрировано у 18,2% в основной и 11,8% в контрольной группе.

-Инфравезикальная обструкция: отмечена в единичных случаях в обеих группах (4,5% и 5,9% соответственно).

В рамках отдаленного мониторинга (до 4 лет) потребность в повторных хирургических вмешательствах в основной группе составила 9,1%, тогда как в контрольной группе этот показатель достиг 29,4%, что было связано с необходимостью проведения органоуносящих операций при утрате функции почечного сегмента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Внедрение двухэтапного диагностического протокола в условиях НДМЦ г. Ташкента позволяет провести исчерпывающую оценку анатомо-функциональных нарушений и оптимизировать выбор оперативного доступа.
2. Трансуретральная инцизия уретероцеле позиционируется как метод первого выбора, обеспечивающий эффективную декомпрессию при минимальной хирургической агрессии.
3. Диспансерное наблюдение за пациентами после коррекции является обязательным условием для раннего выявления и коррекции вторичного рефлюкса или стенозирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б. Диагностика и лечение обструктивного уретерогидронефроза у детей // Вестник экстренной медицины. – 2013. – №4. – С. 22-26.
2. Каганцов И.М., Сизонов В.В., Дубров В.И. и др. Лапароскопическая геминефруретерэктомия при удвоении почки у детей // Урология. – 2017. – №5. – С. 69-74.
3. Дубров В.И., Строцкий А.В., Шкутов А.О. Эффективность эндоскопического лечения уретероцеле удвоенного мочеточника у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2020. – Т. 10, №1. – С. 25-34.
4. Султонов Ш.Р., Сафаров А.И., Атоев И.К. Диагностика и тактика хирургического лечения уретероцеле у детей // Известия Академии наук Таджикистана. – 2018. – №8. – С. 662-667.
5. Aikins K., Taghavi K., Grinlinton M. et al. Cystoscopic transurethral incision in simplex and duplex ureteroceles – is it the definitive procedure? // J Pediatr Urol. – 2019. – Vol. 15, N 6. – P. 560.e1-560.e6.