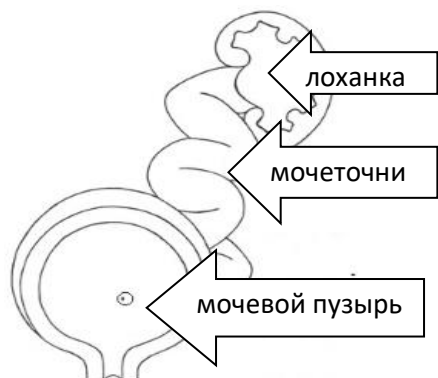
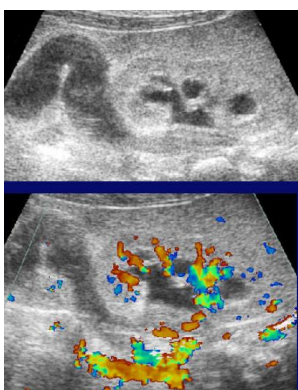


Мегауретер – врожденное расширение мочеточника с сопутствующим увеличением размеров собирательной системы почки, является одним из наиболее распространенных видов обструктивных уропатий у детей и составляет до 30 % от их общего числа.



Пренатальная ультразвуковая диагностика позволяет заподозрить данный диагноз с 26 недели внутриутробного развития (Рисунок 1).

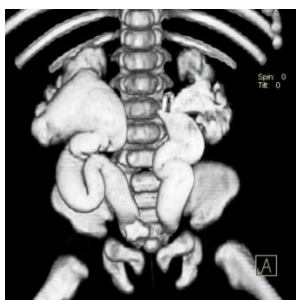


(Рисунок 1)

Расширение мочеточника может быть вызвано как «истинной» обструкцией (анатомический стеноз – рисунок 3) в дистальном отделе, так и функциональной обструкцией (Рисунок 2).



(Рисунок 2) Функциональный мегауретер слева.



(Рисунок 3) Обструктивный (со стенозом) мегауретер с 2-х сторон

Характерной клинической картины мегауретера не существует.

Причиной углубленного обследования детей с целью выработки тактики лечения является манифестация инфекции мочевыводящих путей и нарастание расширения мочеточника и коллекторной системы почки по данным динамического ультразвукового исследования.

Диагностика включает в себя:

- Ультразвуковое исследование мочевых путей с доплерографией (определение кровотока в паренхиме) почек.
- Экскреторную урографию или компьютерную томографию с контрастированием.
- Микционную уретроцистографию.
- Функциональные методы исследования нижних мочевых путей.
- Радионуклидное исследование почек (с целью объективной оценки функции).

Лечение мегауретера может быть как консервативное, так и оперативное, и определяется многими факторами: возрастом ребенка, данными рентгеноурологического обследования, рецидивированием воспалительного процесса, функциональным состоянием компрометированной почки.

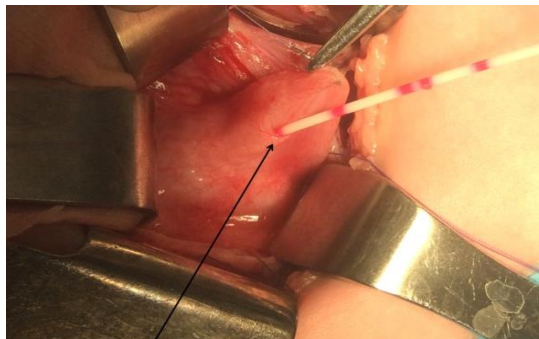
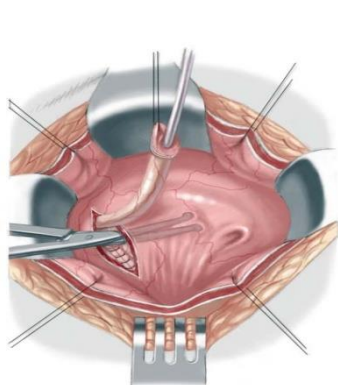
В нашей клинике используются все **современные методы** коррекции данного порока развития мочевых путей от малоинвазивных – бужирование и стентирование мочеточника, до оперативных коррекций, выполняемых традиционным открытым доступом или используя эндохирургические методики лечения с отличными косметическими результатами.

Открытые антирефлюксные операции с реимплантацией мочеточников как экстрапузырным (внепузырным) доступом (Lich-Gregoir), так и интрапузырным (внутрипузырным) (Cohen) являются одними из самых эффективных методик.

Предпочтение мы отдаем операции Коэна (Cohen) или ее модификации в эндохирургическом исполнении, как наиболее обоснованной с точки зрения этиопатогенеза (происхождения) заболевания. Интравезикальная кростригональная уретеронеоцистоимплантация по Cohen считается одной из самых популярных методик из-за малой частоты осложнений, возможности выполнения коррекции при двухстороннем поражении и также при наличии сопутствующих аномалий (уретероцеле, дивертикулы). Хирургическая коррекция заключается во внутрипузырной мобилизации мочеточника, удалении наиболее измененной дистальной его части и подслизистой

имплантации мочеточника в стенку мочевого пузыря с антирефлюксной защитой во избежание пузырно-мочеточникового рефлюкса (обратного заброса мочи из мочевого пузыря).

Уретеронеоцистоимплантация по Cohen (выделение мочеточника)



устье правого мочеточника нижнего сегмента

Лапароскопический и пневмозистоскопический доступы возникли вследствие объединения идеи минимально инвазивного лечения и эффективности открытых оперативных вмешательств. У пациентов младшей возрастной группы с объемом мочевого пузыря до 100 мл операция выполняется открытым способом или с применением лапароскопического доступа. В старшем (после 4 лет) возрасте возможно выполнение эндозистоскопической (пневмозистоскопической) уретероцистонеоимплантации.

Этапы пневмозистоскопической операции уретероцистонеоимплантации по Коэну (Cohen).

