

УДК: 616.61.002.3-617.089-052.2.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КАМНЯМИ МОЧЕТОЧНИКА

Наджимитдинов Я.С.

Ташкентский государственный медицинский университет

ХУЛОСА

Тадқиқот мақсади – уретеролитотрипсия ёрдамида уретерал таъсирланган тошлари бўлган болаларни даволаш натижаларини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 5 ёшдан 18 ёшгача бўлган 73 нафар боланинг даволаш натижалари ретроспектив баҳоланди. Ўртача тош ўлчами узунлиги $10,0 \pm 0,6$ мм ва кенлиги $5,5 \pm 0,7$ мм ни таъкил этди.

Натижалар. 71 беморда (97,2%) тошларни тўлиқ олиб ташлашга эришилди. Операция давомидаги асоратларнинг умумий даражаси 33,8% ни таъкил этди. Эндоскопик аралашувни очиқ (III даражаси) жарроҳлик амалиётига айлантириш икки ҳолатда (2,8%) талаб қилинди. Болаларнинг 6,8 фоизда сийдик йўллари шиллиқ қаватининг шикастланиши (I даража), 1,4 фоиз ҳолларда сийдик йўллариининг тешилиши (IIа даража) кузатилди. Беморларнинг 4,1 фоизда лазерли литотрипсия пайтида сийдик йўллариининг шиллиқ қаватида куйиш (IIа даража) аниқланди. Дирижёр ўтказгич учининг деформацияси (I даража) 16,4% ҳолларда кузатилди. Операциядан кейинги асоратлар 23 беморда (31,5%) қайд этилди. Тананинг ҳарорати кўтарилиши беморларнинг 8,2 фоизда (I даража), гематурия – беморларнинг 9,6 фоизда (I даража) кузатилди. Уринома (IIIб даража) бир ҳолатда (1,4%) ва бир болада “тош йўли” (IIа даража) қайд этилди. Шунингдек, бир ҳолатда ўткир тизимли яллиғланишли жавоб синдроми ҳам кузатилган.

Хулоса. Болаларда таъсирланган сийдик йўли тошлари учун уретероскопик контакт литотрипсия самарали ва хавфсиз даволаш усули ҳисобланади.

Калит сўзлар: болалар, сийдик йўлларида тошлар, контакт уретеролитотрипсия.

Эпидемиологические исследования показали, что не только в странах Центральной Азии частота выявления детей с мочекаменной болезнью (МКБ) растёт, но и в развитых странах [2]. Образование камней у пациентов детского возраста имеет тенденцию к рецидиву, поэтому следует применять минимально инвазивные хирургические методы лечения, которые

SUMMARY

Objective. To evaluate the outcomes of treating children with impacted ureteral stones using ureterolithotripsy.

Materials and methods. A retrospective analysis was conducted on 73 children aged 5 to 18 years. The average stone size was 10.0 ± 0.6 mm in length and 5.5 ± 0.7 mm in width.

Results. Complete stone removal was achieved in 71 patients (97.2%). The overall intraoperative complication rate was 33.8%.

Conversion from endoscopic to open surgery (grade III) was required in two cases (2.8%).

Ureteral mucosal injury (grade I) occurred in 6.8% of children, and ureteral perforation (grade IIa) in 1.4% of cases.

Ureteral mucosal burns (grade IIa) during laser lithotripsy were observed in 4.1% of patients. Deformation of the tip of the metallic guidewire (grade I) occurred in 16.4% of cases. Postoperative complications were observed in 23 patients (31.5%).

Fever occurred in 8.2% of patients (grade I), hematuria in 9.6% (grade I). Urinoma (grade IIIb) was noted in one case (1.4%) and “stone street” (grade IIa) in one child.

One patient also developed acute systemic inflammatory response syndrome.

Conclusion. Ureteroscopic contact lithotripsy for impacted ureteral stones in children is an effective and safe treatment method.

Keywords: children, ureteral stones, contact ureterolithotripsy.

при необходимости можно повторно использовать. Более того эти методы позволяют избавить ребенка от камней, не нарушая анатомическую структуру мочевого тракта и снизить возможное негативное воздействие операции на растущий организм.

При камнях, расположенных в мочеточнике, методом выбора являются экстракорпоральная удар-

но-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) или контактная литотрипсия, как указано в рекомендациях «European Association of Urology and European Society for Paediatric Urology» [10]. При удалении камней из мочеточника следует использовать малоинвазивные вмешательства и необходимо предпринять все попытки для полного удаления камней, поскольку послеоперационные остаточные фрагменты отходят спонтанно только в 20-25% случаях [3]. В тех случаях, когда длительность заболевания составляет более 2-3 месяцев и конкремент тесно сцеплен со слизистой мочеточника (вколоченный) методом выбора является уретероскопия. Вколоченными, расценивают камни, которые находятся в одном и том же положении в мочеточнике на протяжении как минимум двух месяцев. При выполнении внутривенной урографии, в подобных случаях, не определяется контрастное вещество дистальнее расположения конкремента и не представляется возможным провести металлический проводник мимо камня до чашечно-лоханочной системы [8]. Следует подчеркнуть, что уретеролитотрипсия при вколоченных камнях требует от уролога определенных навыков, так как риск повреждения стенки мочеточника с последующим формированием стриктуры очень велик.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования явилась оценка результатов лечения пациентов детского возраста с вколоченными камнями, расположенными в мочеточнике при использовании антеградной и трансуретральной уретеролитотрипсии (ТУУЛТ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с января 2019 года по декабрь 2024 года ретроспективно оценены результаты лечения 73 детей в возрасте от 5 до 18 лет с вколоченными камнями мочеточника. В исследование включены дети, у которых первый приступ почечной колики был за 30-40 дней до обращения в клинику, однако по каким-либо причинам оперативное вмешательство не было выполнено. Также по данным мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием мочевого тракта у этих детей был выявлен камень мочеточника, при сохранившейся функции почки. Не включены в исследование пациенты с аномалиями развития мочевого тракта, стриктурами лоханочно-мочеточникового или уретеровезикального сегмента и мочеточника.

Перед вмешательством всем больным выполняли клинико-лабораторные исследования мочи (при необходимости производили бактериологическое исследование) и крови, ультрасонографическое и рентгенологическое исследование мочевого тракта. При наличии пиурии и бактериурии (положительного культурального исследования) выполняли санацию мочевого тракта. Родители детей были ознакомлены с информацией о предстоящем оперативном вмешательстве, возможных осложнениях и дополнительных вмешательствах. Проведение исследования было

одобрено этическим комитетом Республиканского научно-практического медицинского центра урологии, где было выполнено данное исследование (протокол № 1 от 23 января 2023 г.).

Оперативные вмешательства выполняли под общей анестезией. ТУУЛТ производили в положении ребенка на спине, тогда как для антеградной уретероскопии пациент располагался на животе. Для ТУУЛТ использовали жесткий уретероскоп 7 Ch (Karl Storz®, Германия), антеградную уретероскопию производили через перкутанный доступ, выполненный через заднюю чашечку нижнего сегмента почки с помощью жесткого эндоскопа 14 Ch (Karl Storz®, Германия). Конкременты были фрагментированы с помощью пневматического литотриптора (LithoClast® Master, (EMS, Швейцария Swiss) или с использованием тулиевого лазера (Quanta System® Cyber Ho, Италия). Оперативное вмешательство завершали введением в просвет мочеточника стента типа Double J, который удаляли на 7-10 день под общей анестезией. Дополнительно нефростомический дренаж устанавливали у больных, которым была выполнена антеградная уретеролитотрипсия.

Для систематизации интраоперационных осложнений была использована модифицированная классификация Satava, послеоперационные осложнения оценили с помощью классификации Clavien-Dindo [4].

Все данные были проанализированы с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 21.0 и Microsoft Office Excel 2016. Для описания демографических и клинических характеристик пациентов использовали методы дескриптивной статистики, включая средние значения, стандартные отклонения (SD). Категориальные переменные представлены в виде частот и процентных соотношений. Статистические решения принимали на уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов составил $13,3 \pm 2,7$ лет, диапазон от 5 до 18 лет, мальчиков было 48 (65,8%) и девочек - 26 (34,2%) (табл. 1). Средний размер камней составил: по длине $10,0 \pm 0,6$ мм, по ширине $5,5 \pm 0,7$ мм. Конкременты располагались в дистальном отделе у 35 (47,9%) детей, в среднем - в 24 (32,9%) случаях и в проксимальной части мочеточника у 14 (19,2%) пациентов. При этом в левом мочеточнике конкремент был в 28 (35,4%) случаях, в правом у 45 (64,6%) пациентов.

Ранее одному пациенту была предпринята безуспешная попытка экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ) в другом случае не удален камень с помощью уретероскопии. ТУУЛТ выполнена в тех случаях, когда камень располагался в дистальном и среднем отделах мочеточника, тогда как при камнях, расположенных в проксимальном отделе использовали антеградную уретеролитотрипсию.

Некоторые демографические и клинические данные пациентов (n=73)

Характеристика	Возраст (годы)			
	5-7	8-10	11-14	15-18
Количество больных	11 (15%)	26 (36%)	24 (33%)	12 (16%)
Мальчики/девочки	6/5	19/7	16/8	7/5
Длительность заболевания (дни, mean±SD)	41,9±6,8	42,7±7,2	41,9±6,9	41,3±7,4
Длина камня (мм, mean±SD)	9,3±1,0	9,9±1,3	10,4±0,8	10,5±0,7
Ширина камня (мм, mean±SD)	5,3±0,9	5,4±0,8	5,5±0,7	5,6±0,7

Таблица 2

Интраоперационные осложнения с позиции модифицированной классификации Satava (n=73)

Степень	Повреждение	Количество пациентов
I	-минимальное повреждение слизистой оболочки мочеточника; -неисправность или поломка эндоскопического оборудования;	5 (6,8%) 12 (16,4%)
II а	-травматическое повреждение слизистой мочеточника (термическое повреждение); -экстаретеральная миграция камня, потребовавшая установки мочеточникового стента -перфорация мочеточника, потребовавшая установки мочеточникового стента или нефростомы и выполнение повторной уретероскопии;	3 (4,1%) 1 (1,4%) 1 (1,4%)
III	-невозможность доступа в мочеточник или к камню, что потребовало конверсию	2(2,8%)

Полностью удалить камни и их крупные фрагменты удалось у 71 (97,2%) больного. Из-за невозможности визуализировать камень, при наличии выраженного отека и гипертрофии слизистой мочеточника в области расположения камня, произведена конверсия эндоскопического вмешательства в открытую операцию в двух (2,8%) случаях (табл. 2).

Выполнена резекция мочеточника в области сужения в одном случае и сформирован уретеро-уретероанастомоз, у другого ребенка произведен уретероцистоанастомоз (степень III). Повреждение слизистой мочеточника было у 6,8% (степень I) детей и перфорация мочеточника в 1,4% (степень II а) случаях, при этом камень переместился экстрауретерально, причем эти осложнения были в группе детей до 7 лет. Ожог слизистой мочеточника наблюдали при использовании для литотрипсии лазера у 4,1% пациентов (степень II а). Деформировался кончик металлического проводника при попытке ретроградно провести его мимо камня в 16,4% случаев (степень I), который был заменен на другой. Таким образом общее количество интраоперационных осложнений составило 33,8%.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдали в 23 (31,5%) случаях (табл. 3). Повышение температуры тела без признаков сепсиса после оперативного вмешательства было в 8,2% (степень I) случаев, у этих пациентов выявлен рост микроорганизма при бактериологическом исследовании мочи до вмешательства. После усиления антибактериальной терапии температура тела нормализовалась. Гематурия, без свертков крови была у 9,6% (степень I) больных, которым выполнена антеградная уретеролитотрипсия. Применение гемостатических препаратов и усиление диуреза позволило устранить кровотечение. Всем детям после эндоскопического

вмешательства назначали нестероидные противовоспалительные средства в течение первых двух суток. Однако в 9,6% (степень II а) случаев, необходимость применения этих препаратов в течении более трех суток возникала из-за дискомфорта причиной которого был нефростомический дренаж. Мочевой затек (степень III б) небольшого размера в области нижнего полюса почки обнаружен у одного (1,4%) ребенка после перкутанного доступа к мочеточнику. Без каких-либо дополнительных вмешательств уринома исчезла к 5 суткам после операции. Камennую дорожку (степень II а), расположенную в нижнем отделе мочеточника, наблюдали у одного (1,4%) ребенка. Причиной подобной ситуации явилось, то что при использовании пневматического литотриптора фрагменты конкремента, расположенного в среднем отделе мигрировали в полость почки, и после завершения операции переместились в мочеточник. Применение альфа-блокатора позволило избавить больного от фрагментов конкремента.

Синдром системного воспалительного ответа был у одного ребенка и пациент переведен в отделение интенсивной терапии. Проведенное соответствующее лечение (инфузионная терапия, дополнительные антибиотики) позволило купировать сепсис.

Из 73 пациентов повторное обследование в течении 12 месяцев выполнено в 70 случаях. Ни у одного пациента не выявлено рецидив образование камней, однако в одном случае обнаружено клинически незначимое сужение мочеточника в среднем отделе (где располагался конкремент) по данным внутривенной урографии. При этом толщина паренхимы почки была в пределах возрастной нормы и функция ее была сохранена.

Распределение пациентов в зависимости от степени послеоперационных осложнений по модифицированной классификации Clavien - Dindo (n=73)

Степень	Осложнение	Количество пациентов
I	Гематурия;	6 (8,2%)
	Гематурия, требующая применения гемостатиков, дополнительной инфузионной терапии, диуретиков;	7 (9,6%)
II a	Необходимость использования нестероидных противовоспалительных препаратов более 48 часов после операции;	7 (9,6%)
	Каменная дорожка;	1 (1,4%)
III b	Уринома;	1 (1,4%)
IV b	Сепсис.	1 (1,4%)

Впервые Ritchey M. и соавт. в 1988 году опубликовали описание случая удаления камня, расположенного в дистальном отделе мочеточника у ребенка с помощью уретероскопии [9]. Тем не менее, из-за отсутствия эндоскопов малого калибра в течение многих лет детские урологи скептически относились к использованию литотрипсии при камнях мочеточника. За последнее десятилетие разработаны и внедрены в практику приборы малого калибра, появилась возможность использовать лазер для дробления камней и уретеролитотрипсия стала методом первой линии при лечении детей с конкрементами в мочеточнике.

Однако, несмотря на достигнутые успехи при использовании литотрипсии у детей с «не осложненными» камнями мочеточника, сохраняется проблема выбора метода лечения при так называемых вколоченных камнях. Ghoneim I.A. и соавт. [7] считают, что ЭУВЛ является эффективным методом лечения при вколоченных камнях проксимального отдела мочеточника размерами менее двух сантиметров. Следует указать, что из-за отсутствия пространства для расширения камня после его фрагментации в просвете мочеточника ЭУВЛ в подобных случаях является не эффективной [5]. Bres-Niewada E. считает что, как правило, при применении ЭУВЛ больные не избавляются от камней за один сеанс и очень часто возникает необходимость в повторных вмешательствах или других дополнительных процедурах, тем самым снижая качество жизни пациента [3]. По нашим данным попытка дистанционной литотрипсии была выполнена у одного больного, однако избавить больного от камня не удалось. При уретероскопии оказалось, что камень был фрагментирован, однако отек слизистой мочеточника не позволил мигрировать по просвету мочеточника.

Имеются многочисленные публикации, посвященные лечению взрослых пациентов с вколоченными камнями, тем не менее, мы обнаружили только одно сообщение, представившее результаты применения уретеролитотрипсии в подобных ситуациях у детей. Adanur S. и соавт. [1] удалось полностью избавиться пациентов от камней в 93,75% случаев, используя для этого полужесткий эндоскоп и лазерную литотрипсию, при этом частота осложнений состави-

ла 15,6%. Дополнительно была использована ЭУВЛ, когда камень переместился в лоханку. Мы не использовали дистанционную литотрипсию, однако в двух случаях для избавления от камня была выполнена традиционная операция. Также авторы использовали классификацию Clavien-Dindo для систематизации интраоперационных осложнений, тогда как мы для этой цели применили классификацию Satava. Состояние stone free в результате лечения по нашим данным было у 71 (97,2%) ребенка, однако частота осложнений была больше. Так интраоперационные осложнения наблюдали у 33,8% пациентов, тогда как послеоперационные - были в 31,5% случаев. Подобная ситуация возможно была связана с более длительным сроком обструкции у наших пациентов, использованием жесткого эндоскопа большего калибра и пневматического литотриптора.

Калибр используемого эндоскопа также имеет значение не только при оперативных вмешательствах у детей, но и взрослых пациентов с вколоченными камнями. Nagata M. и соавт. поделились опытом применения жесткого и гибкого уретероскопов 6,9 Fr калибра при лечении больных с длительностью обструкции вызванной камнем мочеточника сроком от 14 месяцев до 10 лет [6]. Полностью избавиться от камней с помощью уретероскопии удалось в 96,2% случаев и при дополнительно примененной ЭУВЛ показатель stone free составил 100%. Применение эндоскопов малого калибра позволило выполнить оперативные вмешательства без существенных осложнений. Авторы отметили, что при длительной обструкции обусловленной камнем появляется воспалительный отек слизистой мочеточника и формируются фиброэпителиальные полипы, которые следует удалить с помощью лазера. Мы также наблюдали гипертрофию слизистой мочеточника на участке где располагался камень, что затрудняло визуализацию рабочего пространства и литотрипсию. Однако попытка применить лазер для устранения гипертрофии слизистой мочеточника приводила к термическому ожогу, поэтому мы отказались в дальнейшем от этого метода.

ВЫВОДЫ

Уретероскопическая контактная литотрипсия при вколоченных камнях мочеточника у детей является

эффективным и безопасным методом лечения. При камнях, расположенных в среднем и нижнем отделах мочеточника целесообразно использовать ТУУЛТ, тогда как при камнях, расположенных в верхнем отделе предпочтение следует отдать анеградной уретеролитотрипсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adanur S., Aydin H.R., Ozkaya F., Ziypak T., Polat O. Holmium laser lithotripsy with semi-rigid ureteroscopy: a first-choice treatment for impacted ureteral stones in children? *Med Sci Monit* 2014; 21(20): 2373-2379. <https://doi.org/10.12659/MSM.891173>.
2. Bowen D.K., Tasian G.E. Pediatric stone disease. *Urol Clin North Am.* 2018; 45:539-5350. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2018.06.002>.
3. Bres-Niewada E. Is there a place for ESWL in the treatment of complicated proximal ureteral stones? *Cent European J Urol.* 2013; Nov 18; 66(3): 314-315. <https://doi.org/10.5173/cej.2013.03. art15>.
4. Dogan H.S., Onal B., Satar N., Aygun C., Piskin M., Tanriverdi O., Gurocak S., et al. Factors affecting complication rates of ureteroscopic lithotripsy in children: results of multi-institutional retrospective analysis by pediatric stone disease study group of turkish pediatric urology society. *The journal of urology* 2011; 186: 1035-1040. <https://doi.org/10.1016/J.JURO.2011.04.097>.
5. El-Assmy A., El-Nahas A.R., Harraz A.M., et al. Clinically insignificant residual fragments: is it an appropriate term in children? *Urology* 2015;86:593-598. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2015.06.017>.
6. Fujita K. Endoscopic management of impacted ureteral stones using a small caliber uretero-scope and a laser lithotripter. *J Urol* 2000; 64 (2): 329-331. <https://www.researchgate.net/publication/12424797>.
7. Ghoneim I.A., El-Ghoneimy M.N., El-Naggar A.E., Hammoud K.M., El-Gammal M.Y., Morsi A.A. Extracorporeal shock wave lithotripsy in impacted upper ureteral stones: a prospective randomized comparison between stented and non-stented techniques. *Urology* 2010; 75(1):45-50. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.06.071>.
8. Morgentaler A., Bridge S.S., Dretler S.P. Management of the impacted ureteral calculus. *J Urol* 1990; 143: 2630-2666. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)39928-7](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)39928-7).
9. Ritchey M., Patterson D.E., Kelalis P.P., Segura J.W. A case of pediatric ureteroscopic lasertripsy. *J Urol* 1988; 139: 1272-1274. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)42890-4.3](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)42890-4.3)
10. Tekgül S., Stein R., Bogaert G., Nijman R.J.M. Quaedackers J., Hoen L., Silay, M. S., Radmayr C., Doğan H.S. European Association of Urology and European society for paediatric urology guidelines on paediatric uri-nary stone disease. *E uropeanurology focus.* 2022; 8: 833-839. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2021.05.006>.