

## ЧАШЕЧКОВЫЙ ДИВЕРТИКУ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Врублевский С.Г., Оганисян А.А. Валиев Р.Ю.,  
Ахмеджанов И.С., Романов П.А., Кириенко Е.А.

ГБУЗ НПЦ специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. ПИРОГОВА, кафедра детской хирургии

г.Москва

«Чашечковый дивертикул» — несекретирующая изолированная внутрпочечная чашечка, связанная с чашечно-лоханочной системой узкой шейкой, не содержит собирательных трубочек и сосочков, пассивно заполняется мочой из смежных компонентов собирательной системы. Большим принято считать дивертикул размером более 2 см, локализующимся в любом отделе почки. По этиологическому принципу чашечковые дивертикулы делятся на: врождённые и приобретённые. Предложенная классификация подразделяет данный вид патологии на 2 типа:

I Тип: связанные с малыми чашечками или воронками

II Тип: исходящие из почечной лоханки или большой чашки, как правило, они больше, клинически выраженные, локализуются в среднем сегменте почки.

В 1/3 случаев клиническое заболевание может проявляться болевым синдромом в поясничной области. Стаз мочи вызывает расширение дивертикула, кристаллизацию солей кальция, образование камней (кальциевые камни), присоединение инфекции, гематурию.

Показанием к хирургическому лечению служат: постоянные боли, рецидивирующие инфекции мочевых путей, рецидивные камни, гематурия, прогрессирующая деструкция почки, размер дивертикула больше 2, 5 см. **Основная цель лечения дивертикула чашечки - сохранение функциональной целостности органа.** За последние 10 лет под нашим наблюдением находился 21 пациент с дивертикулом чашечки, размером от 3 до 7.5 см, и локализующихся в разных участках почки. Мы придерживались последовательного соблюдения диагностического алгоритма, позволившего нам дифференцировать солитарные кисты почки от дивертикула чашечки: УЗИ с доплерографией, ДУЗУ, КТ с контрастированием и выполнением отсроченных урограмм. По результатам лучевых методов обследования обосновывалась тактика хирургического лечения. Методом выбора являлся пункционно-склеротический способ под УЗ контролем или эндохирургический (лапароскопический).

Пункционно-склеротический метод лечения с успехом использован у 13 пациентов. Эндохирургическая (лапароскопическая) методика с иссечением дивертикула и

прошиванием шейки чашечки применена у 6 пациентов. И только в одном случае потребовалась конверсия.

Настоящий ключ к успеху – индивидуальный подход к каждому пациенту.

Только четкое соблюдение алгоритма обследования позволяет выбрать и обосновать тактику и способ хирургического доступа к дивертикулу чашечки.