

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Румянцева Г.Н.^{1,2}, Карташев В.Н.^{1,2}, Долинина М.В.^{1,2}, Осипов И.Б.³, Осипов А.И.³, Алексеева Л.А.³**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДВУХСТОРОННЕГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА С ГИГАНТСКИМ УРЕТРАЛЬНЫМ УРЕТЕРОЦЕЛЕ СЛЕВА**¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 170100, Тверь;²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Детская областная клиническая больница», 170100, Тверь;³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, клиника, 1-е хирургическое отделение, 194100, Санкт-Петербург

В статье описано клиническое наблюдение пациентки 4 лет с двухсторонним обструктивным мегауретером нефункционирующей левой почки и открытием мочеточника этой почки в уретру с внепузырным расположением гигантского уретероцеле. Порок развития мочевой системы сопровождался сопутствующим заболеванием бронхолегочной системы в виде туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов. В месячном возрасте в связи с декомпенсацией единственной правой функционирующей почкой выполнено отведение мочи путем наложения уретеростомы. В последующем, по социальным показаниям (мать от ребенка отказалась), наложена проксимальная боковая кожная уретеростомы. Следующим этапом через 2 мес выполнена уретероцистостомия по антирефлюксной методике Козна. После длительного лечения туберкулеза в клиниках Твери и Санкт-Петербурга девочка оперирована в 1 хирургическом отделении СПбГПМУ в возрасте 4 лет. Выполнены: лапароскопическая нефроуретерэктомия слева с конверсией на нижне-среднюю лапаротомию и резекцией терминального отдела левого мочеточника с гигантским эктопическим уретероцеле, закрытие уретерокутанеостомы справа. По стабилизации состояния ребенок переведен в детский интернат г. Твери и находится под наблюдением детских урологов и физиотерапевтов.

Ключевые слова: уретероцеле; эктопия мочеточника; внепузырное уретероцеле.

Для цитирования: Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Долинина М.В., Осипов И.Б., Осипов А.И., Алексеева Л.А. Редкий случай двухстороннего обструктивного мегауретера с гигантским уретральным уретероцеле слева. *Детская хирургия.* 2020; 24(3): 205-209. DOI: <https://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-3-205-209>

Для корреспонденции: Долинина Марина Валерьевна, аспирант кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «ТГМУ», детский уролог ГБУЗ Тверской области «ДОКБ», 170100, Тверь. E-mail: marinadolnina89@yandex.ru

Rumyantseva G.N.^{1,2}, Kartashev V.N.^{1,2}, Dolinina M.V.^{1,2}, Osipov I.B.³, Osipov A.I.³, Alekseeva L.A.³**A RARE CASE OF BILATERAL OBSTRUCTIVE MEGAURETER WITH A GIANT URETRAL URETEROCELE ON THE LEFT**¹Tver State Medical University, Tver, 170100, Russian Federation²Children's Regional Clinical Hospital, Tver, 170100, Russian Federation³St-Petersburg State Pediatric Medical University, St-Petersburg, 194100, Russian Federation

The article discusses a case of 4-year-old patient with a bilateral obstructive megaureter of a non-functioning left kidney and with the opening of this kidney ureter into the urethra with extravasal location of a giant ureterocele. The malformation of the urinary system was accompanied by a comorbid disease of bronchopulmonary system in the form of tuberculosis of the lungs and intra-thoracic lymph nodes. At the age of one month, due to decompensation of the only functioning right kidney, urine was withdrawn by applying a ureterostomy. Later, a proximal lateral cutaneous ureterostomy was put because of social reasons (mother refused of her baby). In two months, the next step was performed - a ureterocystostomy by the Cohen's antireflux technique. After a long-term treatment for tuberculosis in clinics of Tver and St. Petersburg, at the age of 4, the girl was operated on at the first surgical department at St-Petersburg State Pediatric Medical University. Laparoscopic nephroureterectomy on the left with conversion to lower-middle laparotomy and resection of the terminal part of the left ureter with a giant ectopic ureterocele as well as closure of the ureterocutaneostomy on the right were performed. After stabilization, the child was transferred to a children's boarding school in Tver, and currently is supervised by pediatric urologists and TB specialists.

Key words: ureterocele; ureter ectopia; extravasical ureterocele.

For citation: Rumyantseva G.N., Kartashev V.N., Dolinina M.V., Osipov I.B., Osipov A.I., Alekseeva L.A. A rare case of bilateral obstructive megaureter with a giant uretral ureterocele on the left. *Detskaya khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2020; 24(3): 205-209. (In Russian). DOI: <https://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-3-205-209>

For correspondence: Marina V. Dolinina, post-graduate student at department of pediatric surgery at Tver State Medical University, 170006, Tver, Russian Federation. E-mail: marinadolnina89@yandex.ru

Information about authors: Dolinina M.V., <https://orcid.org/0000-0001-9544-9588>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received: March 10, 2020

Accepted: June 22, 2020

Введение

Проблема классификации, лечения уретероцеле достаточно актуальна и обусловлена многообразием его форм. Уретероцеле (УЦ) – порок развития, представляющий собой кистовидное выпячивание интрамурального отдела мочеточника, пролабирующее внутрь мочевого пузыря или уретру [1]. Эктопическое уретероцеле один из вариантов обструкции терминального отдела мочеточника, приводящий к наиболее тяжелым нарушениям уродинамики верхних мочевых путей и функции почки [2, 3]. На сегодняшний день существует несколько известных классификаций УЦ, основанных преимущественно на анатомических признаках [4, 5]. В последние десятилетия наибольшее распространение получила классификация, предложенная в 1984 г. Комитетом по терминологии Американской педиатрической академии [6]. Согласно классификации, выделяют 2 варианта данной аномалии: *интравезикальное* – УЦ полностью расположено в просвете мочевого пузыря и *эктопическое* – УЦ полностью или частично расположено в шейке мочевого пузыря, уретре или вне мочевой системы. Также, достаточно известна классификация, предложенная Деревянко Т.И. (1998 г.), выделяя УЦ удвоенных (гетеротопическое) и не удвоенных почек (*ортотопическое*) [2, 3, 7, 8]. По данным литературы, у 80 % пациентов на стороне уретероцеле имеется удвоение почки и у 60 % выявляется эктопия устья, в 20–40 % определяется пузырно-мочеточниковый рефлюкс в н/половину удвоенной почки [9–11]. Уретероцеле чаще относится к верхнему сегменту удвоенной почки, и в большинстве случаев сопровождается обструктивным мегауретером [3, 8, 11–14].

Клиническое наблюдение

Девочка Т., родилась 21.12.2015 г., находится под наблюдением урологов и педиатров ДОКБ г. Твери с января 2016 г. Анамнез жизни: девочка от 4-й беременности (1-я беременность в 2009 г., срочные самопроизвольные роды двойней, 2-я – самопроизвольный выкидыш, 3-я – 2012 г., 2-е самопроизвольные роды). Возраст матери на момент родов 34 года. Течение беременности: в женской консультации не обследовалась, 33–34 нед – ложные схватки, диагностирован врожденный порок развития плода, маловодие. Беременность протекала на фоне хронической никотиновой интоксикации, злоупотребления алкоголем, инфекции почек. Роды 3-и, самопроизвольные, при сроке 35–36 нед, на роды поступила в состоянии алкогольного опьянения. Масса тела ребенка при рождении 2590 г, длина тела 49 см, окружность головы 34 см, окружность груди 31 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Анамнез заболевания: с 3-х суток жизни находилась в отделении патологии новорожденных с диагнозом: недоношенность 35–36 нед, перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС II степени, синдром гипертонической болезни, отечный синдром, конъюгационная желтуха. Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии (наличие материнских антител к ЦМВ, токсоплазме, хламидиям). Перинатальный контакт по Lues (РПГА резко положительная, проведено профилактическое лечение). Врожденный порок сердца (ВПС) – дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) небольших размеров, 2 дефекта, стеноз лёгочной артерии (ЛА), ветвей ЛА). ВПР МВС: двухсторонний уретерогидронефроз. В возрасте 28 дней переведена в ДОКБ в терапевтическое отделение, где проведено дообследование. По данным лабораторного обследования: с рождения в анализах мочи рецидивирующая лейкоцитурия, в биохимическом анализе крови повышение уровня мочевины и креатинина не зарегистрировано.



Рис.1. Больная Т., 5 мес. Экскреторная урография (2-х часовой снимок). До наложения уретерокутанеостомы справа.

По данным экскреторной урографии от 20.01.16 г. функция левой почки отсутствует, имеется значительная эктазия чашечно-лоханочной системы справа, мочеточник расширен на всем протяжении, извитой до 1,6 см в диаметре. 27.01.16 г. на базе урологического отделения ДОКБ оперирована – выполнена люмботомия, уретеростомия справа. 06.02.16 г. уретеростомический дренаж выпал из-за недостаточного ухода матери, стомическое отверстие закрылось самостоятельно. Мать от девочки отказалась. 16.02.2016 г. ребенок помещен в государственное казенное учреждение здравоохранения – специализированный Дом ребенка «Геремок». В июне 2016 г. обострение пиелонефрита – лечение в терапевтическом отделении ДОКБ г. Твери, затем переведена в урологическое отделение, где планировалось оперативное лечение, но в связи с контактом по ветряной оспе выписана с рекомендациями по госпитализации через 1 мес. На экскреторной урографии отмечается значительная эктазия чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и мочеточника справа, функция левой почки не определяется (рис. 1). С учетом сложных жизненных обстоятельств, в которых оказался малолетний ребёнок (асоциальная семья, процесс по лишению материнских прав, устройство в детский приют), в дальнейшем пациентка попадает в урологическое отделение только в возрасте 1,5 лет. В июне 2017 г. (1 г. и 5 мес) проведено этапное обследование в урологическом отделении ДОКБ Твери: УЗИ почек – справа лоханка 10 мм, чашечки 7,5 мм, паренхима 6, мочеточник 11 мм, слева лоханка 15, чашечки 16, паренхима 4, мочеточник 11; кровоток в поч-

ках ослаблен. На экскреторной урографии функция левой почки отсутствует. С учетом двухсторонней тяжелой патологии почек, наличия обструктивного мегауретера справа и отсутствия функции левой почки решено начать коррекцию порока функционирующей правой почки, избран этапный путь устранения порока – наложение сначала петлевой кожной проксимальной уретеростомы с последующим выполнением пересадки мочеточника. Следует отметить, что гигантское уретероцеле слева, обнаруженное позднее, располагалось внепузырно и не нарушало уродинамики правого мочеточника. В июне 2017 г. выполнено наложение петлевой, кожной, проксимальной уретеростомы справа в средней трети мочеточника, ниже ранее наложенной уретеростомы. В августе того же года проведено контрольное обследование в урологическом отделении. На экскреторной урографии отмечена положительная динамика: уменьшение лоханки и чашечек в размере, сокращение мочеточника в верхней трети до 7 мм, функция левой почки не определяется (рис. 2). По УЗИ: справа лоханка 8 мм, чашечки 7 мм, паренхима 10, мочеточник в нижней трети 10 мм, кровоток равномерный. Выполнена рентгенография с контрастированием дистального отдела правого мочеточника через уретерокутанеостому: мочеточник расширен в с/3 до 16 мм, в н/3 до 6 мм, в предпузырной части сужен. 04.09.17 г., (1 г. и 8 мес), в урологическом отделении ДОКБ г. Твери, оперирована – выполнена резекция терминального отдела мочеточника справа, его пересадка по антирефлюксной методике Коэна. При проведении патогистологического исследования удаленного сегмента правого мочеточника выявлены участки склероза и лимфоидной инфильтрации, плохо различимые слои стенки мочеточника и частично сохранный эпителий. Отсутствие устья левого мочеточника в мочевого пузыре заставило заподозрить его наружную эктопию. С целью уточнения местоположения эктопированного устья 13.09.17 г. совместно с гинекологом выполнены вагоскопия и уретроцистоскопия: влагалище сформировано правильно, меатус смещен проксимально, имеет место эктопия левого мочеточника в проксимальный отдел уретры. В октябре 1917 г. (1 г. и 9 мес) динамическое обследование в ДОКБ. Проведена компьютерная томография брюшной полости: правая почка расположена типично, контуры ровные, четкие, размеры: 60 × 43 × 34 мм. Плотность паренхимы не изменена. Чашечно-лоханочная система деформирована, расширена: чашечки от 6,5 до 9,5 мм, лоханка 6,0 мм, верхняя треть мочеточника до стомы 6,2 мм, в нижней трети 6–8 мм. Контрастирование почки своевременное, на отсроченных (10 мин) томограммах контраст определяется в ЧЛС и верхней трети мочеточника. В зоне уретерокутанеостомы затеки не определяются. Левая почка расположена типично, резко уменьшена в размерах: 26 × 8,6 × 18 мм. Паренхима до 4,5 мм, ЧЛС не расширена. На отсроченных (10 мин) изображениях контрастирование ЧЛС не отмечается. Мочеточник расширен на всем протяжении: в верхней трети 4,5 мм, в средней и нижней трети расширен до 16–20 мм, извитой, заканчивается на уровне влагалища. Мочевой пузырь сокращен. При проведении КТ заподозрен очаг в легких (в S10 слева). Проведена компьютерная томография легких – картина единичного очага нижней доли левого легкого, множественные кальцинаты внутригрудных лимфоузлов. Консультирована фтизиатром. Заключение: туберкулез внутригрудных лимфоузлов в фазе кальцинации. Далее с 14.02.18 по 14.08.18 г. в туберкулезном отделении ДОКБ г. Твери проводилось лечение туберкулеза. В сентябре 1918 г. (2 г. и 8 мес.) – этапное обследование в ДОКБ. Проведено рентгеноурологическое обследование. По данным микционной цистографии (МЦ), выявлен ак-

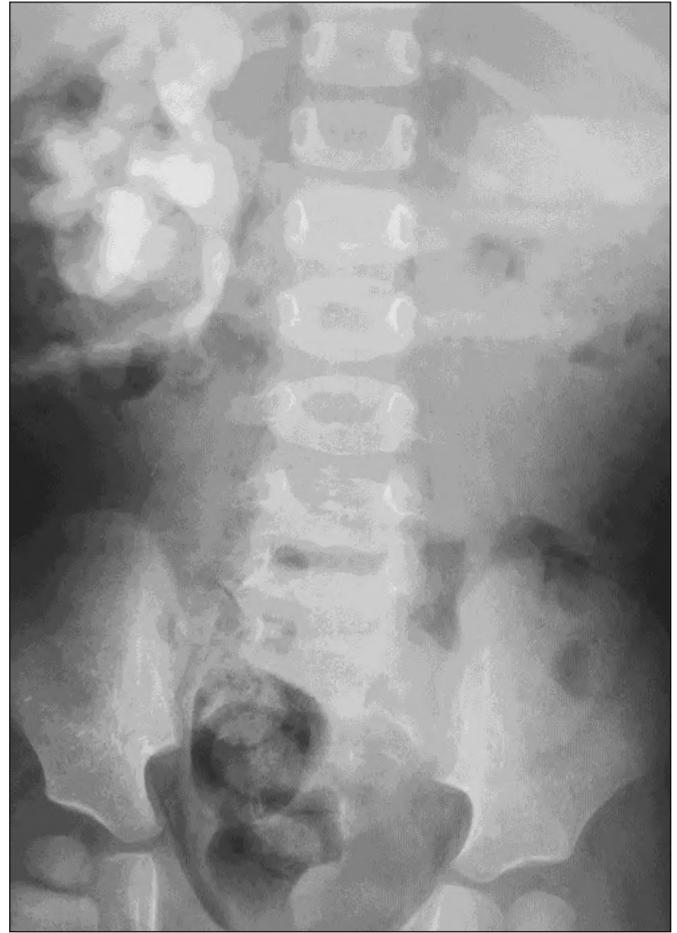


Рис.2 Больная Т., 1 г. 8 мес. Экскреторная урография. Через 2,5 мес после операции (наложения петлевой уретерокутанеостомы справа).

тивный и пассивный ПМР справа I–II степени (рис. 3). Для уточнения диагноза и выбора лечебной тактики ребенок был консультирован в ДГКБ им. З.А. Башляевой г. Москвы в отделении урологии-андрологии и плановой хирургии. По результатам обследования исключена женская гипоспадия, не установлена эктопия левого мочеточника в уретру. Рекомендовано этапное оперативное лечение – закрытие уретерокутанеостомы (в связи с уменьшением емкости мочевого пузыря), нефроуретерэктомию слева. После проведенных оперативных вмешательств на единственно функционирующей правой почке и мочеточнике с учетом возможности сморщивания мочевого пузыря девочке неоднократно амбулаторно проводилась «тренировка» мочевого пузыря путем заполнения его раствором фурациллина. Сложность лечения процесса в легких, плохо поддающегося специфической терапии у ребенка с заболеванием единственной функционирующей почки, заставило фтизиатров г. Твери направить пациентку в ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России (г. Санкт-Петербург). В отделении терапии туберкулеза легких у детей девочке проведен курс лечения, по окончании которого она была переведена в 1 ХО СПбГПМУ (г. Санкт-Петербург) и находилась в нем с 17.10.19 г. по 23.12.19 г. Проведены следующие обследования: УЗИ почек: справа ЧЛС не расширена, паренхима 14,5 мм; слева почка в типичном месте не визуализируется, над лоном определяется образование 5×4 см (дистальный отдел левого мочеточника). Под наркозом выполнена уретерография с двух



Рис. 3. Больная Т., 2г. 8 мес. Микционная цистография. Через 1 год после операции (пересадки правого мочеточника по Козну) а) пассивный б) активный (с натуживанием)



Рис. 4. Больная Т., 3 г. 10 мес. а) цистоуретрография через стому б) уретерография

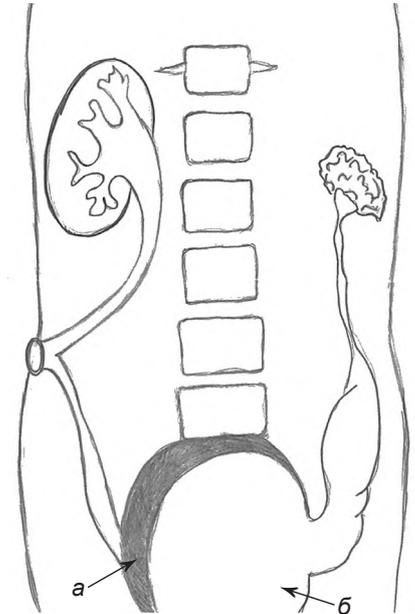


Рис. 5. Больная Т. Схематичное изображение порока: а – мочевого пузыря; б – уретероцеле.



Рис. 6. Больная Т., 4 года. Компьютерная томография почек с контрастированием.

сторон, цистоскопия под наркозом (уретра открывается отдельно от влагалища). При введении цистоскопа в уретру определяется узкий вход в левый мочеточник, протяженностью около 5 мм, выше которого имеется полость емкостью 70–80 мл. При контрастировании получен резко расширенный извитой левый мочеточник, контрастирования полостной системы левой почки не отмечено. Устье правого мочеточника не обнаружено (после реимплантации). Через уретерокутанеостому справа введен контраст и получено изображение правого мочеточника с подвешенной уретерокутанеостомой. Полостная система правой почки незначительно гидронефротически трансформирована, контраст из правого мочеточника попадает в мочевой пузырь, который имеет правильную округлую форму, оттеснен дистальным расширенным отделом левого мочеточника (рис. 4). Также выполнена радиоизотопная скintiграфия (функция правой почки удовлетворительная). 11.11.19 г. оперирована: выполнены лапароскопическая нефрэктомия и уретерэктомия слева, с конверсией на нижнесрединную лапаротомию и резекцией дистального отдела левого мочеточника с уретероцеле, закрытие уретерокутанеостомы справа. Уретероцеле представляло собой мешотчатое образование терминального отдела мочеточника, располагающееся внепузырно с открытием в проксимальный отдел уретры (рис. 5). Диагноз уретероцеле был установлен во время нижнесрединной лапаротомии. Цистоскопия проводилась больной неоднократно, но поскольку уретероцеле располагалось внепузырно, диагностировать его не представлялось возможным. Послеоперационный период протекал гладко, мочевого катетера удален на 19-е сутки, мочеточниковый интубатор – на 13-е. После удаления мочевого катетера отмечалась задержка мочи (не мочилась 12 ч), что потребовало повторной постановки катетера. На фоне задержки мочи отмечались подъемы температуры, купированные курсами антибактериальной терапии. На момент выписки мочится струйно (1 раз в 1–3 ч), объемы мочеиспускания 60–200 мл, оста-

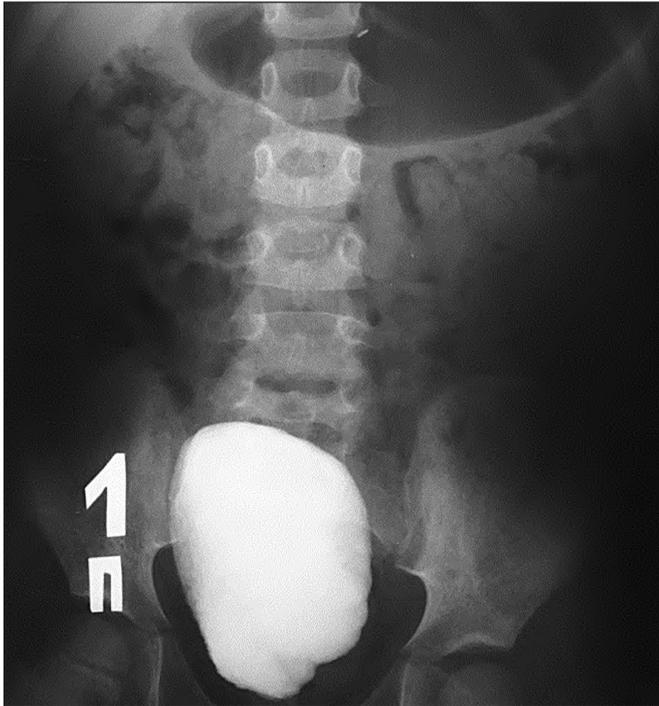


Рис. 7. Больная Т., 4 года. Микционная цистография: а) пассивный; б) активный (с натуживанием).

точная моча около 60 мл. 23.12.19 г. девочка выписана с улучшением в Дом ребенка г. Твери. С 24.01.20 г. по 15.02.20 г. проведено этапное обследование на базе урологического отделения ДОКБ г. Твери, включающее в себя: лабораторные тесты: б/х анализ крови (мочевина 7,2 ммоль/л, креатинин 70,0 ммоль/л), в анализах мочи рецидивирующая лейкоцитурия, скорость клубочковой фильтрации по пробе Шварца 66 мл/мин (соответствует II стадии ХБП), анализ мочи на микроальбуминурию – 229 мг/сут (норма 0–30), бактериальный посев мочи – бактериурия не выявлена. УЗИ почек: правая почка 90×34, паренхима 7,5–9,5 мм. Лоханка в средней трети 11 мм, в воротах почки 11,4 мм, чашечки расширены во всех группах от 8,5 мм до 12,5 мм. Кровоток несколько обеднен в подкапсулярной зоне. Мочевой пузырь объемом 54 мл. Мочеточник справа в дистальном отделе 8,9 мм, верхняя треть 8,6 мм. МСКТ органов брюшной полости (рис. 6): правая почка – положение, форма типичные. Размеры: 85×40×50 мм. Контуры четкие, ровные. Структура паренхимы неоднородная за счет участков нефросклероза преимущественно в полюсах. Чашечно-лоханочная система расширена: чашечки до 8,5 мм, лоханка 19,5 мм. Мочеточник расширен на всем протяжении: в верхней трети 16 мм, в средней 15 мм, в нижней 10 мм. На постконтрастных изображениях экскреторная функция почки снижена. В отсроченную фазу (10 мин) отмечается контрастирование чашечек. Мочевой пузырь деформирован, неправильной формы, стенки при слабом наполнении толщиной 5–6 мм. Микционная цистография (рис. 7): ПМП справа отсутствует. Мониторирование ритма мочеиспускания в течение 2 дней: 5–8 мочеиспусканий в сутки, объемы 20–40–80–150, за ночное время до 200 (остаточная моча до 40,0). Девочке проведен курс лечения меропенемом 200 мг 3 раза в день внутривенно в течение 7 дней. После лечения анализ мочи (не катетером) 30–35 лейкоцитов. В удовлетворительном состоянии 15.02.20 выписана в дом ребенка «Теремок».

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует сложную ситуацию, когда у отказного ребенка с тяжелым пороком развития мочевой системы выявлен туберкулез легких, трудно поддающийся специфической терапии и не позволяющий соблюсти все предусмотренные сроки коррекции порока. Оценивая ретроспективно выбор лечебной тактики у пациента, при наличии нефункционирующей левой почки, туберкулеза бронхолегочной системы, методом выбора для спасения ребенка являлось наложение петлевой кута-неоуретеростомы справа в более ранние сроки. Несмотря на примененный сложный комплекс методов обследования в разных специализированных учреждениях РФ, окончательный диагноз внепузырного эктопического уретероцеле был установлен во время оперативного вмешательства.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5, 6, 8–10, 12, 13 см. в REFERENCES)

1. Николаев В.В., Абдуллаев Ф.К., Кулаев В.Д., Гусейнов А.Я. Уретероцеле у детей. *Детская хирургия*. 2007;4: 35-8.
2. Абдуллаев Ф.К., Кулаев В.Д., Николаев В.В. Патогенез сопутствующей патологии верхних мочевых путей у детей с эктопическим уретероцеле. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2013; 3(3): 12-8.
3. Румянцева Г.Н., Королькова И.А. *Удвоенная почка у детей, учеб. пособие*. Тверь: РИЦ ТГМА; 2006.
4. Соснин Е.В. Внутривнепузырная и внепузырная эктопия устьев мочеточников при удвоении почек у детей: автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.00.35. Е.В. Соснин; С-петербург. гос.педиатр.мед.акад.СПб: 1997.
7. Лопаткин И.А. *Руководство по урологии*. М.: Медицина. 1998.
11. Джавад-Заде М.Д., Джавад-Заде С.М., Гусейнов Э.Я. Лечение уретероцеле у детей. *Урология*. 2005; 3: 47-51
14. Румянцева Г.Н. *Хирургические формы удвоенной почки у детей*, диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. 1974 .

REFERENCES

1. Nikolaev V.V., Abdullaev F.K., Kulaev V.D., Huseynov A.Ya. Ureterocele in children. *Detskaya khirurgiya*. 2007; 4: 35-8. (in Russian)
2. Abdullaev F.K., Kulaev V.D., Nikolaev V.V. Pathogenesis of concomitant pathology of the upper urinary tract in children with ectopic ureterocele. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2013; 3(3): 12-8. (in Russian)
3. Rumyantseva G.N., Korolkova I.A. *Double kidney in children, studies. Stipend [Udvoennaya pochka u detey, uchebnoe posobie]*. Tver: RIC tgma; 2006. (in Russian)
4. Sosnin E. V. Intravesical neuzina ectopia of the orifices of the ureters by the doubling of the kidney in children: author. dis. ... kand.honey.Sciences: 14.00.35. E. V. Sosnin; St. Petersburg, Russia. state pediatrician. honey.Acad. St. Petersburg: 1997. (in Russian)
5. Stephens D.: Caecoureterocele and concepts on the embryology and aetiology of ureteroceles. *Aust. N. Z. J. Surg.* 1971; 40 (3): 239-48.
6. Glassberg K.I., Braren V., Duckett J.W. (et al.) Suggested Terminology for Duplex Systems, Ectopic Ureters and Ureteroceles. *The Journal of Urology*. 1984; 132(6): 1153-4.
7. Lopatkin I.A. *Manual of urology [Rukovodstvo po urologii]*. Moscow: Medicine; 1998. (in Russian)
8. Berrocal T., Lopez-Pereira P., Arjonilla A., Cutierrez J. Anomalies of the distal ureter, bladder and urethra in children: embryologic, radiologic and pathologic features. *Radiographics*. 2002; 22 (5): 1139-64.
9. Merlini E., Lelli C.P. Obstructive ureterocele-an ongoing challenge. *World J. Urology*. 2004; 22 (2): 107-14.
10. Ziylan O., Oktar T., Korgali E., Nane I., Alp T., Ander H. Lower urinary tract reconstruction in ectopic ureteroceles. *J.Urol.* 2005; 74(2): 123-6
11. Javad-Zade M.D., Javad-Zade S.M., Huseynov E.Ya. Treatment of ureterocele in children. *Urology*. 2005; 3: 47-51. (in Russian)
12. Merguerian P.A., Byun E., Chang B. Lower urinary tract reconstruction for duplicated renal units with ureterocele. Is excision of the ureterocele with reconstruction of the bladder base necessary? *J.Urol.* 2003; 170 (4 pt.2): 1510-13.
13. Gran C.D., Kropp B.P., Cheng E.Y., Kropp K.A. Primary lower urinary tract reconstruction for nonfunctioning renal moieties associated with obstructing ureteroceles. *J.Urology*. 2005; 173(1): 198-201.
14. Rumyantseva G.N. *Surgical forms of double kidney in children [Khirurgicheskie formy udvoennoy pochki u detey]*, dissertation for the degree of candidate of medicine sciences. 1974. (in Russian)

Поступила 10 марта 2020

Принята в печать 22 июня 2020