

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ.

А.А. Гафуров, Ж.Х. Ибрагимов

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация.

В статье авторами проведен сравнительный анализ результатов различных методов пиелопластики по поводу врожденного гидронефроза у детей.

Больные были разделены на 2 группы: сравнения - 132 (57,3%) больных, которые получали стационарное лечение в 2013-2018 гг. традиционными методами (оперированы открытым способом); основная - 98 (42,6%) больных, получавших стационарное лечение в 2018-2022 гг. усовершенствованными методиками и техническими приемами операций и оптимизированными методами лечения (выполнена лапароскопическая пиелопластика). Основной контингент оперированных больных составили дети младшего - 47 (20,4%) и подросткового - 101 (43,9%) возраста.

Авторами, сделано заключение, что ранняя ультразвуковая диагностика врожденного гидронефроза позволяет своевременно диагностировать и провести уретеропиелопластику и нормализовать уродинамику мочевых путей.

Ключевые слова: врожденный гидронефроз, пиелопластика, пиелоуретеральный сегмент.

BOLALARDA GIDRONEFROZNI JARROHLIK YO'LDA DAVOLASHNING UZOQ MUDDATLI NATIJALARINI TAHLILI

A.A. Gafurov, J.X. Ibragimov

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya.

Ushbu maqolada mualliflar bolalarda tug'ma gidronefrozni erta tashxislash va davolash natijalarini tahlil qiladilar.

Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lingan: taqqoslash - 2013-2018 yillarda statsionar davolangan 132 (57,3%) bemor. an'anaviy usullar (ochiq usul bilan boshqariladi); asosiysi - 2018-2022-yillarda statsionar davolangan 98 nafar (42,6%) bemor operatsiyalarning takomillashtirilgan usullari va davolashning optimallashtirilgan usullari (laparoskopik pyeloplastika amalga oshirilgan).

Operatsiya qilingan bemorlarning asosiy kontingentini kichik yoshdagi bolalar - 47 (20,4%) va o'smirlar - 101 (43,9%) tashkil etdi.

Mualliflarning xulosasiga ko'ra, tug'ma gidronefrozni tashxislash va davolashda differentsial taktikalar jarrohlik davolash samaradorligini oshirishi, bemorning umumiy ahvolini tez yaxshilashga yordam beradi va bemorning kasalxonada qolish vaqtini qisqartiradi.

Kalim cўzlap: tug'ma gidronefroz, pyeloplastika, piyeloureteral segment

ANALYSIS OF LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

A.A. Gafurov, J.Kh. Ibragimov
Andijan state medical institute

Abstract.

In this article, the authors analyze the results of early diagnosis and treatment of congenital hydronephrosis in children.

All patients were divided into 2 groups: comparison - 132 (57.3%) patients who received inpatient treatment in 2013-2018. traditional methods (operated by an open method); the main one - 98 (42.6%) patients who received inpatient treatment in 2018-2022. improved methods and techniques of operations and optimized methods of treatment (laparoscopic pyeloplasty was performed). The main contingent of operated patients were children of younger age - 47 (20.4%) and adolescents - 101 (43.9%) of age.

The authors conclude that differentiated tactics in the diagnosis and treatment of congenital hydronephrosis can improve the effectiveness of surgical treatment, contribute to a rapid improvement in the general condition of the patient and reduce the time the patient stays in the hospital.

Keywords: congenital hydronephrosis, pyeloplasty, pyeloureteral segment

Актуальность. В настоящее время одной из проблем детской оперативной урологии остается врожденный гидронефроз (ВГ), не потерявший свою актуальность с течением времени, что связано с его распространенностью и латентным течением, которое приводит к необратимым поражениям почечной паренхимы. [1, 2, 5, 7, 15]. Частота встречаемости ВГ составляет 1:1500/1800, основной причиной его возникновения является стеноз пиелoureterального сегмента [4, 10, 14]. Основные принципы хирургического лечения гидронефроза были разработаны в середине прошлого столетия, с развитием технологий некоторые аспекты претерпевают изменения, ставят новые задачи. С развитием эндохирургических технологий лапароскопические и ретроперитонеоскопические пие-

лопластики, отличающиеся малотравматичностью, что несомненно, актуально в детской оперативной урологии приобретают все большее число сторонников. В настоящее время лапароскопический доступ к пиелoureтральному сегменту является наиболее распространенным среди малоинвазивных вмешательств по поводу гидронефроза. Преимущества данного способа: простота доступа, высокая степень визуализации, достаточное пространство для манипуляции и мобилизации мочеточника. Недостатком лапароскопической пиелопластики по сравнению с традиционными методиками, выполняемыми открытым доступом, является сложность интракорпорального наложения анастомоза, длительность оперативного вмешательства. Вышеуказанные недостатки метода не являются постоянными и меняются в лучшую сторону по мере накопления опыта, а преимущества эндоурологических технологий в виде снижения послеоперационного болевого синдрома, отсутствия послеоперационного рубца, раннего восстановления активности пациента не ставятся под сомнение большинством специалистов.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов применения различных методов пиелопластики по поводу врожденного гидронефроза у детей.

Материал и методы. На клинической базе кафедры детской хирургии АндГосМи в отделении урологии ОДКММЦ в период с 2013- по 2023гг. находились на стационарном лечении находились 230 больных с диагнозом «врожденным гидронефроз», в возрасте от 1 года до 15 лет.

В соответствии с целью нашей работы все пациенты были разделены на 2 группы: I группа сравнения - 132 (57,3%) больных, которые получали стационарное лечение в 2013-2018 гг. традиционными методами (оперированы открытым способом); II группа основная - 98 (42,6%) больных, которые получавших стационарное лечение в 2018-2023 гг. усовершенствованными методами и техническими приемами операций и оптимизированными нами методами лечения - выполнение лапароскопической уретеропиелопластики по Хайнс-Андерсену-Кучера с частичной резекцией лоханки и пораженной зоны мочеточника. Показаниями к урологическому обследованию у 177 детей послужили отрицательная динамика ante- и постнатальных показателей расширения чашечно лоханочной системы, у 156 детей болевой синдром, у 187 рецидивирующий пиелонефрит, у 118 детей изменения цвета мочи, лейкоцитурия.

В контрольной и основной группах основной контингент оперированных больных составили дети младшего - 47 (20,4%) и подросткового - 101 (43,9%) возраста (рис. 1).



Рисунок 1. Анализ по полу и возрасту.

Частота данного заболевания у детей раннего возраста составила (11,7%), дошкольного возраста - (14,3%), а юношеского - (9,5%) случаев. Среди них мальчиков было 60,4 в 1,5 раза больше, чем девочек - (39,5%).

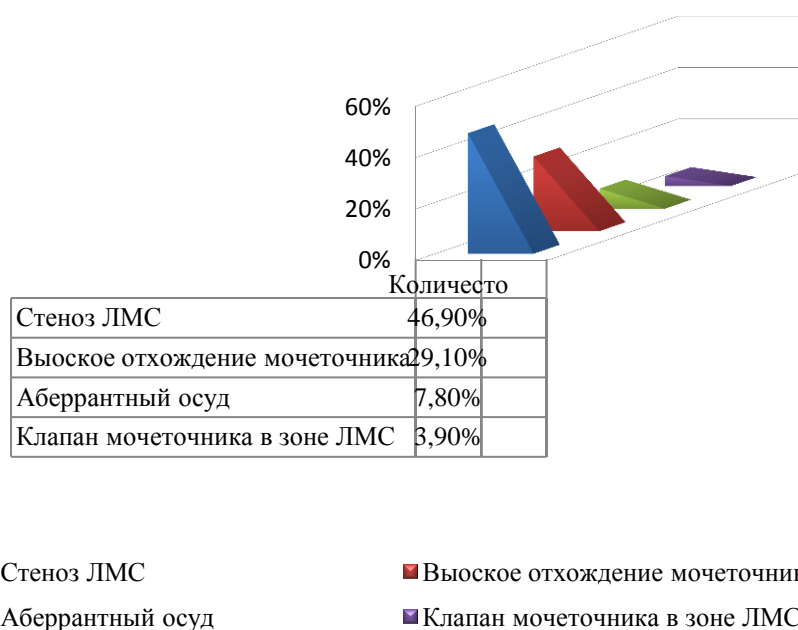


Рисунок 2. Распределение пациентов по причинам.

Причиной обструкции в области лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) в обеих группах, приведшей к ВГ были: у 108 больных (46,9%) стеноз ЛМС, в 67 случаев (29,1%) – высокое отхождение мочеточника, у 9 детей (3,9%) – клапан мочеточника в зоне ЛМС, у 13 пациентов (5,6%) aberrантный сосуд, и эмбриональные спайки у 12 (рис. 2).

Увеличение количества детей, прооперированных в раннем возрасте, связано с тенденцией к более раннему выявлению ВГ с помощью современных скрининговых методов диагностики. Хирургическая коррекция в подростковом возрасте связано с поздним обращением пациентов и их родителей из-за «бессимптомного течения».

При постановке диагноза степень гидронефроза оценивалась согласно классификации Society of fetal urology (SFU), в которой выделяют пять степеней ВГ (рис. 3).

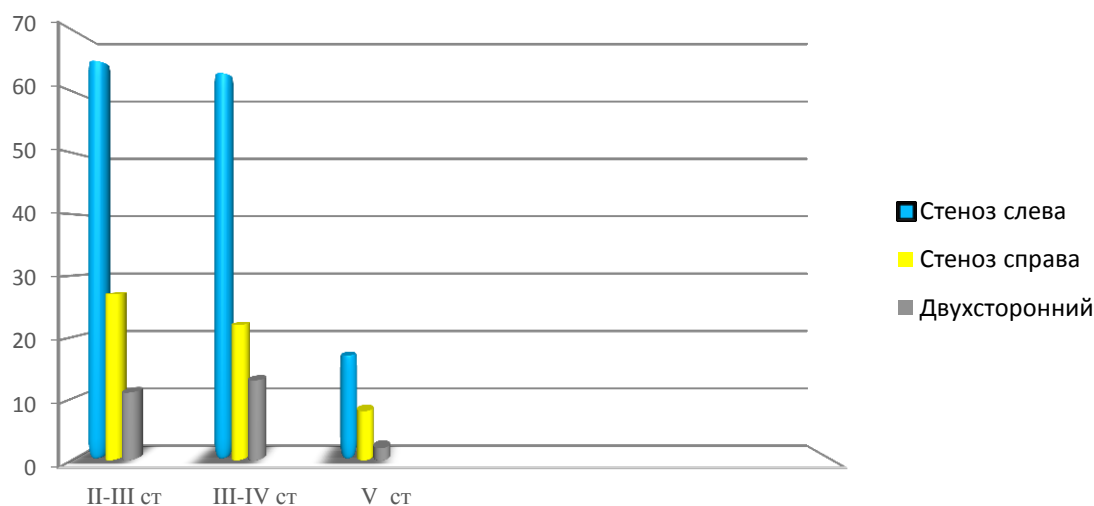


Рисунок 3. Анализ степени гидронефроза.

Патологический процесс чаще локализовался слева – (63,1%), гидронефроз II–III степени выявлен у – 103 (44,5%) детей, III–IV степень – 98 (45,1 %) пациентов, V степень – 29 (12,3 %). У 6 пациентов с гидронефрозом 5 степени, с выраженным расширением чашечно-лоханочной системы и истончением паренхимы, для разгрузки и оценки резервных возможностей почки наложена пункционная нефростомия. Через 6 месяцев по улучшению состояния больных, на фоне сокращения чашечно лоханочной системы почки, 5 пациентам выполнено реконструктивная лапароскопическая уретеропиелопластика.

В сомнительных случаях при гидронефрозе 1-2 степени для подтверждения органического характера обструкции 66 детям выполняли ультразвуковое исследование почек с диуретической нагрузкой. Для уточнения причины и локализации обструкции 54 детям выполнена спиральная контрастная компьютерная томография с 3Д – реконструкцией почек и мочеточника. Пациентам из группы сравнения проводились стандартные урологические обследования. Больным из основной группы обследование кроме общеклинических и лабораторных исследований, в обследование включили ряд специальных методов: ультразвуковое исследование с лазерной нагрузкой, УЗИ выполняется как до хирургического вмешательства, так и в послеоперационном периоде, для мониторинга динамики. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием, цистография, позволяли принять решение о необходимости оперативного вмешательства. Благодаря новым технологиям для проведения УЗИ появилась возможность не просто констатировать наличие аномалии развития, а более детально описывать изменения, что может стать ключевым моментом при определении тактики ведения таких пациентов. Детям из основной группы с целью уточнения особенности регрессивных процессов в почках в зависимости от стадии ВГ было проведено ультразвуковое исследование с лазерной нагрузкой.

Показанием к оперативному лечению гидронефроза явились:

- признаки снижения функции почки с нарушением уродинамики по данным экскреторной урографии;
- снижение отдельной функции почек на более чем 10% при исследованиях в динамике - увеличение переднезаднего размера лоханки при УЗИ
- расширение чашечно-лоханочной системы, соответствующее III и IV степени.
- истончение паренхимы почки по сравнению с возрастной нормой и в динамике.

В качестве предоперационной подготовки использовали средства, снижающие газообразование в кишечнике, эспумизан, сорбенты (активированный уголь), иммуностимулирующую и антибактериальную терапию, витамины.

Все пациенты были подвергнуты оперативному лечению и проводились следующие хирургические вмешательства: в группе сравнения открытая -пиелопластика по Хайнс-Андерсону – 132 больных (57,3%), в ос-

новной группе лапароскопическая уретеропиелопластика по Хайнс-Андерсон-Кучера - у 98 детей (42,6%) (рис. 4).

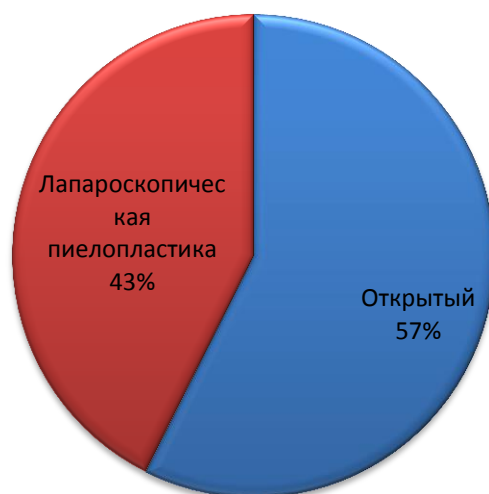


Рисунок 4. Виды оперативных вмешательств.

В основной группе всем детям выполнена лапароскопическая уретеропиелопластика по Хайнс-Андерсону-Кучера с частичной резекцией лоханки и пораженной зоны мочеточника. 5 пациентам с гидронефрозом 4-й степени, расширенной чашечно-лоханочной системой и истончением паренхимы, для декомпрессии чашечно лоханочной системы наложена пункционная нефростомия.

Всем больным перед операцией выполнена эндоскопическая установка внутреннего стента с двумя спиральными концами. Двум пациентам нефростомой вследствие выраженного стеноза пиелоуретрального сегмента, стентировать мочеточник не удалось. Этим пациентам в послеоперационном периоде для дренирования лоханки наложена нефропиелостомическая трубка. Страховой дренаж в область анастомоза устанавливали у всех детей и удаляли на 2-3 сутки. Профилактический курс антибиотиков в послеоперационном периоде проводили в течении 5-7 дней, с целью профилактики инфекции мочевыводящих путей назначали уросептики сроком от (2 до 6) месяцев.

Контрольное ультразвуковое исследование выполняли на 3-4 сутки после хирургического вмешательства и перед выпиской больных, а также проводили отдельный общий анализ мочи (из уретры и пиелостомы). При отсутствии субъективных жалоб и отрицательной динамики

со стороны УЗИ и анализов мочи пациенты выписывались на амбулаторное лечение.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты операции оценивались по трехбалльной системе: хороший результат, удовлетворительный и неудовлетворительный.

Хорошими результатами считали те случаи, когда пациенты жалоб не предъявляют отсутствуют локальные изменения в области операции и обострения вторичного пиелонефрита, нормализуются лабораторные данные, на УЗИ и на дуплексном сканировании отмечается восстановление гемодинамики органа, и паренхимы почки стойкое сокращение чашечно-лоханочной системы. Результаты расценивали удовлетворительными при выраженном улучшении общего состояния, наличии обострения хронического пиелонефрита с появлением периодических болей в пояснице, урежении рецидивов заболевания, обострения стали протекать легче, и поддавались амбулаторному лечению, на УЗИ сохранившиеся признаки I степени гидронефроза (пиелоэктазия), при восстановленной функции пораженного органа.

К неудовлетворительным результатам отнесены те случаи, когда операция не принесла желаемого результата, наблюдалось прогрессирование воспалительного процесса, наличие постоянных болей в пояснице с оперированной стороны, артериальная гипертензия, сохранившиеся признаки гидронефроза различной степени, признаки гипоплазии со сморщиванием почки.

Длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре у детей группы сравнения составила в среднем 13+1,4 суток. У пациентов после лапароскопической пиелопластики среднее количество койко-дней составило 7,5 суток.

Проведенное УЗИ оперированных детей показало, что значительное сокращение лоханки происходило к 6 месяцам после операции, а через 1 год после вмешательства у большинства пациентов обеих групп переднезадний размер лоханки не превышал 1,0 см. Таким образом, в группе сравнения (n=132) отличные и хорошие результаты – у 70 (53,0%) пациентов, а удовлетворительные получены у 62 (46,9%) больных, а в основной группе (n=98) – отличные и хорошие результаты получены - у 93 (94,8%) детей, удовлетворительные лишь у 5 (5,1%) (таб. 1).

Результаты лечения.

Результат	Группы			
	Сравнения n=132		Основная n=98	
	абс	%	Абс	%
Отличный	23	17,4	72	73,5
Хороший	47	35,6	21	21,4
Удов.	62	46,9	5	5,1
Неудов.	6	4,5	-	

После операции контрольное обследование проводилось через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. Выполнялись клиничко-лабораторные исследования и УЗИ с диуретической нагрузкой для определения динамики расширений собирательной системы почки, роста почки и почечной паренхимы. Далее 1 раз в 6 месяцев в течении 2-х лет. С целью контроля проходимости пиелоуретрального сегмента всем детям выполнена экскреторная урография

Выводы.

Раннее ультразвуковое исследование УЗИ позволяет своевременно диагностировать врожденный гидронефроз и провести уретеропиелопластику с целью нормализации уродинамики верхних мочевых путей.

Лапароскопическая пиелопластика по поводу гидронефроза у детей, по сравнению с открытыми операциями является малотравматичным и эффективным методом лечения гидронефроза у детей (53,0% и 94,8%). Эндоурологические методы хирургической коррекции имеют преимущества перед открытыми операциями по выраженности болевого синдрома, восстановлению активности детей, сокращению продолжительности пребывания в стационаре, хотя, безусловно, методика требует оценки анализа отдаленных результатов лечения.

Использованная литература:

1. Ахмедов Ю. М., Шарков С. М., Мавлянов Ф. Ш. Врожденный гидронефроз у детей (Обзор литературы). Медицинский научно-практический журнал. 2005; 29: 57-91.
2. Бекназаров Ж.Б., Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б. и др. Результаты хирургической коррекции врожденного гидронефроза у детей раннего возраста// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - Москва. - 2018. - №1. - С.9-12. (14.00.00, № 121).
3. Гасанов Д.А., Барская М.А., Терехин С.С. и др. Анализ хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.-2016.-С.799-802.
4. Губарев В.И., Зоркин С.Н., Шахновский Д.С. Современные подходы к лечению обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей. Детская хирургия. 2017; 5: 262-266.
5. Зоркин С.Н., Губарев В.И., Сальников В.Ю., Филинов И.В., Петров Е.И., Маликов Ш.Г., Пономарчук И.Н. Эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления как метод лечения обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей. Вестник урологии. 2017; 2: 5-11.
6. Коварский С.Л., Врублевский С.Г. Первый опыт лапароскопической пиелопластики у детей с гидронефрозом. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2011; 2: 102–108.
7. Сизонов В.В. Диагностика обструкции пиелoureтерального сегмента у детей/ В.В. Сизонов // Вестник урологии. - 2016. — №4. - С. 56- 120.
8. Фомин Д.К., Ростовская В.В., Казанская И.В., Матюшина К.М. Оценка функциональных и структурных изменений паренхимы почек при гидронефрозе у детей раннего возраста. Детская хирургия. 2015; 19: 2: 19-25.
9. Agzamkhodjaev S.T., Abdullaev Z.B., Sanginov Sh.A., Umargaliev S.D. Early Surgical Correction of Ureteropelvic Junction Obstruction // Journal of Urology and Nephrology. 2018; 5(1): 2.- С.102-103.

10. Bajpai M., Chandrasekharam VS. Nonoperative management of neonatal moderate to severe bilateral hydronephrosis // J Urol. 2002. Vol. 167. P. 662-665.
11. Capello S.A., Kogan B.A., Giorgi L.J. et al. Prenatal ultrasound has led to earlier detection and repair of ureteropelvic junction obstruction // J Urol. 2005. Vol. 174. P. 1425-1428.
12. Hubert K. C., Palmer J. S. Current diagnosis and management of fetal genitourinary abnormalities // Urol Clin North Am. 2007. Vol. 34. P. 89-101.
13. Menon P. et al. Outcome analysis of pediatric pyeloplasty in units with less than 20% differential renal function // J Ped Urol. 2016. Vol. 10. P. 11-18.
14. Polok M. Anderson-Hynes pyeloplasty in children - long-term outcomes, how long follow up is necessary? /M. Polok,W. Apoznanski // Central European Journal of Urology. - 2017. - Vol. 70. - № 4. - P. 434-438.