

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ж.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Врожденные аномалии развития различных органов и систем регистрируются с частотой 50-60 на 1000 новорожденных. При этом на долю врождённого гидронефроза (ВГ) приходится более 50 % от всех «обструктивных уропатий» и составляет 1:800 новорождённых, при этом заболевание характеризуется бессимптомностью течения, и ведущее место в причине его возникновения занимает стеноз пиелoureтерального сегмента.

Цель исследования. Оптимизация тактики ведения детей с гидронефрозом на основе применения модифицированного способа уретеропиелоанастомоза.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 691 детей с врожденным гидронефрозом в возрасте от 3 до 15 лет на базе урологических отделений трех медицинских учреждений Ферганской долины, которые условно разделены на две группы: группа сравнения - 337 (48,8%) детей, (с 2013 по 2017 гг) где хирургическая тактика (лечебно-диагностическая программа, выбор способов оперативных вмешательств, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение) основана по общепринятым принципам; основная группа - 354 (51,2%) детей, (с 2018-2022 гг), где лечение основаны на усовершенствованных тактического лечебно-диагностических алгоритмах и разработанного уретеропиелоанастомоза. При врожденном гидронефрозе у детей, в возрасте до 3-х лет диагностировано 143 (20,7%), в возрасте 4-7 лет - 236 (34,2%) и 8-15 лет - 312 (45,1%) больных, с преобладанием мальчиков - 504 (72,9%), по сравнению с девочками - 187 (27,1%).

Максимальное количество детей поступало в урологические отделения с ВГ III стадии, что составило 75,3 % от общего числа госпитализированных.

У большинства пациентов причиной ВГ были внутренние факторы, такие как, стеноз ЛМС, что составили 242 (71,2%) и 265 (74,8%), соответственно, высокое отхождение мочеточника 11 (3,2%) и 7 (1,9%), эмбриональные спайки у 37 (10,9%) и 36 (10,1%) детей. Среды причин внешнего характера, оперированных в период с 2013 по 2017 год (группа сравнения), aberrантный сосуд выявлен у 37 (10,9%) пациентов, врожденный перегиб мочеточника у 10 (2,9%) детей, в период с 2018 по 2022 гг (основная группа) у 42 (11,8%) и у 4 (1,2%) пациентов.

Для снижения лучевой нагрузки, при подозрении гидронефротической трансформации компьютерная томография проводилась на фоне экскреторной фазы внутривенной урографии.

В группе сравнения превалировала классическая боковая люмботомия с широким разрезом по Федерову до 10 см – у 316 (93,7%) детей, особенно у детей малого возраста (18,3%), которые в дальнейшем приводили к возникновению послеоперационных грыж, к рубцовым деформациям кожи подрастающего поколения детей. Лапароскопические доступы были применены в начальном периоде внедрения малоинвазивных методик, что было применено только у 14 (4,1%) детей, с конверсией в традиционный доступ у 6 (42,8% из 14) из них. Были попытки проведения лапароскопических забрюшинных доступов у детей в возрасте 1-3 лет (1,2%). Лапароскопический чрезбрюшинный доступ был применен у 8 (2,4%) детей. У 5 (1,5%) детей с I и II степенью гидронефроза и у 2 (0,6%) детей с IV степенью гидронефроза с сопутствующими заболеваниями (хроническая почечная недостаточность) были проведены консервативные мероприятия. У этих пациентов было решено провести динамическое наблюдение.

Пиелoureтероанастомоз по Андерсену-Хайнсу были проведено у 92 (27,2%), резекция ЛМС с наложением пиелoureтероанастомоза «конец-конец» у 58 (17,2%), лапароскопическое рассечение эмбриональных тяжей у 14 (4,1%), операция по Фолэю у 119 (35,3%), у 6 (1,7%) детей с IV стадией гидронефроза произведена нефрэктомия с одной стороны, пересечение

аберрантного сосуда у 37 (10,9%) детей. В группе сравнения после всех операций проводились дренирование лоханки примерно на 10-15 суток.

Средняя длительность открытой пиелопластики при использовании традиционного доступа в поясничной области (по Федорову) составила 91 ± 12 мин. ($p < 0,05$). Средняя длительность операции при использовании лапароскопического доступа - 120 ± 11 мин. ($p < 0,05$).

В основной группе больных, к выбору метода пиелопластики при открытом способе мы придерживались такого принципа: минимальная травматизация - максимальный эффект. Пиелопластика открытым способом проводилась по усовершенствованной задне - боковой люмботомией мини-доступом с разрезом не более 5 см – у 71 (20,1%) детей, особенно у детей малого возраста (9,8%). Накопления опыта применения малонивазивных методов операций на почке (лапароскопия), привело к увеличению числа лапароскопических доступов - у 281 (79,3%) детей, с конверсией в модифицированный задне-боковой мини-доступ только у 1 (0,3% из 281) из них. У 1 (0,28%) ребенка с I степенью гидронефроза и у 1 (0,8%) ребенка с IV степенью гидронефроза в связи с отказом родителей от операции в связи с тяжестью состояния ребенка были проведены консервативные мероприятия.

Средняя длительность открытой пиелопластики при использовании модифицированного мини - доступа в задне-боковой поверхности поясницы (по методу клиники) составила 61 ± 7 мин на 30 ± 5 мин короче чем в группе сравнения (91 ± 12 мин). ($p < 0,05$). Средняя длительность операции при использовании лапароскопического доступа - 70 ± 8 мин, т.е. на 50 ± 3 мин короче чем в группе сравнения (120 ± 11 мин) ($p < 0,05$).

В основной группе пиелoureteroанастомоз по Андерсену-Хайнсу были проведено у 27 (7,6%), резекция ЛМС с наложением модифицированного пиелoureteroанастомоза «конец-бок» у 283 (79,9%), пересечение аберрантного сосуда у 9 (2,5%) после предварительной проверки кровоснабжения почки сосудом ее пережатием, резекция ЛМС с наложением модиф.пиелoureteroанастомоза «конец-бок» с перемещением аберрантного сосуда у 23 (6,5%), у 1 (0,28%) ребенка с IV стадией гидронефроза произведена нефрэктомия с одной стороны. У 2 (0,5%) детей с I степенью гидронефроза были проведены консервативные мероприятия.

Результаты и обсуждение. Непосредственные результаты лечения уретеропиелоанастомозом модифицированным методом:

Длительность манипуляции (минуты) при открытом способе с применением мини-доступа $61 \pm 7,2$ мин (в группе сравнения 91 ± 12 мин), длительность операции при использовании лапароскопического доступа - $70 \pm 8,1$ мин (в группе сравнения 120 ± 11 мин). Длительность наркоза (минуты) при открытом способе с применением мини-доступа $68,3 \pm 1,5$, при использовании лапароскопического доступа $80 \pm 3,1$ мин. Кровопотеря (миллилитры) $30,1 \pm 1,5$ мл. Длительность постельного режима (сутки) при открытом способе с применением мини-доступа $1,8 \pm 1,2$ сутки, при использовании лапароскопического доступа $1 \pm 0,3$ сутки. Сроки дренирования раны (сутки) $2,6 \pm 0,1$ дня.

В послеоперационном периоде частота осложнений, связанных с оперативным вмешательством уменьшилось на 8,6% (с 9,4 до 0,8%), с уменьшением количества релюмботомий на 0,9% (с 0,9% до 0%) на релапароскопий на 0,6% (с 0,6 до 0%).

Выводы. Таким образом, оптимизировав тактику ведения больных врожденным гидронефрозом добились увеличения доли больных с отсутствием осложнений в послеоперационные периоды на 25,6%, уменьшить количество повторных операций с 0,9% до 0%. Усовершенствованный уретеропиелоанастомоз создает оптимальные условия для заживления вновь созданного анастомоза и позволил сократить частоту общих и специфических осложнений с 5,9% до 0,5%, нивелировать необходимость в повторных традиционных вмешательствах функции.