



ВАЖНЫЕ «МЕЛОЧИ» В ХИРУРГИИ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Сапаев О.К.

Кафедра детской хирургии Ургенческого филиала
Ташкентской медицинской академии
Ургенч, Узбекистан

Введение. В последние годы все больше хирургов стали заниматься с проблемой врожденного гидронефроза (ВГ), что привело к улучшению диагностики и результатов лечения, но «другая сторона монеты» - проблема все еще не теряла присущую ей остроту, так как больных не становится меньше, а результаты лечения не утешительны.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении врожденной обструкции ПУС, еще многие, казалось бы, «мелкие» вопросы остаются спорными, сумма которых может предопределить успех лечения. Несмотря на яркие внедрения и блестящие результаты лечения, лапароскопическая пиелопластика все еще находится на стадии «внедрения», в основном доминируют открытые методы пиелопластики, при выполнении которых следует обратить тщательное внимание на все детали техники.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения врожденного гидронефроза у детей.

Материал и методы. Изучение результатов и детальная разработка техники операции у более 500 больных с врожденным гидронефрозом позволил сформулировать собственные взгляды на существующие актуальные вопросы в хирургии данной области. При определении показаний к хирургическому вмешательству, а также оценке результатов лечения использовали единую систему оценки хронических нарушений уродинамики (ХНУ) верхних мочевых путей (ВМП), предложенная К.Д. Паникратовым и соавт. (1992), дополненная нами высокоинформативными и неинвазивными методами исследования, включающими УЗИ с диуретической нагрузкой и импульсно-волновую доплерографию мочеточниково-пузырного выброса мочи. Согласно этой классификации, различаем следующие стадии ХНУ: I стадия - компенсация; II стадия - субкомпенсация; III стадия - декомпенсация и IV стадия терминальных нарушений.

Результаты и обсуждения. 1. Если раньше у больных с III стадией декомпенсации ХНУ, когда на экскреторной урографии почка не контрастировалась («немая» почка) или контрастировалась в виде белых пятен («белая» почка), лечение проводили в 2 этапа: предварительно устанавливали чрескожную пункционную нефростомию для определения показаний к радикальной операции. В последние десятилетия мы все больше прибегаем к одномоментному пиелопластике, с приверженностью к органосохраняющим операциям.

Круг выбора первичной нефрэктомии все больше суживается, ограничиваясь лишь при сочетании гидронефроза с гипопластической дисплазией почек, которую можно диагностировать и без предварительной деривации.

4. Спорным вопросом остается визуальное определение причины обструкции пиелоуретерального сегмента (ПУС) при выявлении «функционального» типа обструкции.

Анализ проведенных морфологических исследований позволяет заключить, что необратимость структурных изменений в стенке ЛМС диктует необходимость выполнения резекции ЛМС и создания нового пиелоуретерального анастомоза даже при отсутствии видимых сужений, а также при вазоренальном конфликте, что является патогенетически обоснованной операцией. Тем позднее стадия гидронефроза, чем шире должно выполняться резекция прилоханочного отдела мочеточника.

5. Определение объема резекции лоханки во время операции, на первых порах, и для нас было спорным. Изучение отдаленных результатов лечения в зависимости от объема резекции лоханки в различных стадиях заболевания позволило прийти к выводу, что у детей до 1 года, а также при начальных стадиях заболевания, при внутрипочечной лоханке,



резекция можно ограничиться только лишь пиелоуретеральным сегментом. При поздних стадиях заболевания максимально возможная (субтотальная) резекция, оставляя 7-8мм от почечной границы лоханки, позволяет добиться улучшению уродинамику и стабильную ремиссию пиелонефрита.

6. О доступе к почке при открытой пиелопластике: Мы уже последние 10 лет при открытой хирургии гидронефроза выполняем передний поперечный ретроперитонеальный доступ в подреберной области длиной 5-6см, что позволяют мини травматичный и оптимальный доступ к зоне пластики.

7. О создании анастомоза: модифицированную нами операцию Andersen-Hynes-Kusera (патент на изобретение UZ IAP 02679 30.06.2005 Патентного Ведомства РУз), в последние годы усовершенствовали следующим образом, что позволило сократить время выполнения и улучшить результаты лечения:

После предварительной подготовки лоханки и мочеточника соответствующим образом, мы наложение анастомоза «бок в бок», начинаем в нижнем углу, накладыванием непрерывного шва сначала на заднюю губу и после интубирования зоны анастомоза, на переднюю губу, с завязыванием в нижнем углу анастомоза. Тем самым, мы завязываем нитку лишь в одном месте, что предупреждает сбагривания и некроз стенки в месте узла, а также значительно сокращает время наложения анастомоза. **Заключение.** Таким образом, хирургия гидронефроза требует постоянного усовершенствования диагностики и тактики лечения, в ходе выполнения которых «мелочи» может играть важную и решающую роль.

Список литературы:

1. Beknazarov, D. B., Agzamkhodjaev, S. T., Abdullaev, Z. B., & Sanginov, S. A. (2018). Results of congenital hydronephrosis surgical correction in infants. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 8(1), 31-35.
2. Agzamkhodjaev, S. T., et al. "STRUCTURAL CHANGES OF URETEROPELVIC JUNCTION IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYDRONEPHROSIS." Central Asian Journal of Pediatrics 2.1 (2019): 169-171.