



СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

*Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Сувонкулов У.Т.
Специализированная детская хирургическая клиника
Самаркандского государственного медицинского университета
Самарканд, Узбекистан*

Введение. В настоящее время “золотым стандартом” для коррекции проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента у детей с врожденным гидронефрозом остается расчленяющая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), предложенная J.Anderson и W.Hynes. Выбор метода послеоперационного дренирования чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки после пластики прилоханочного отдела мочеточника окончательно не решен. Неадекватное дренирование мочевыводящих путей создает условия для несостоятельности анастомоза, попадания инфекции через стому, образования мочевого затека с последующим рубцеванием тканей и развитием стеноза.

Цель исследования. Определить метод временного дренирования верхних мочевых путей при реконструктивно-пластических операциях на лоханочно-мочеточниковом сегменте.

Материал и методы. В отделении детской урологии, Специализированной детской хирургической клиники СамГМУ пролечено 143 пациента с врожденным гидронефрозом в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Мальчиков было 108 (75,5%), девочек 35 (24,5%).

На сегодняшний день, при реконструктивно-пластических операциях на верхних мочевых путях в целях дренирования мочи используют внутренний катетер-стент (внутреннее дренирование), нефростому в сочетании с интубирующим дренажем (наружное дренирование), катетер Гиббона (наружное дренирование), уретеростому (наружное дренирование) и бездренажную операцию (бездренажный метод).

Пластика ЛМС по J.Anderson и W. Hynes с использованием монофиламентного абсорбируемого шовного материала (PDS) 5/0-6/0 без захвата слизистой оболочки выполнено 95 (66,4%) пациентам. 50 (35%) детям для дренирования ЧЛС через пиелоуретеростому мы использовали интраоперационный универсальный стент производства фирмы «МИТ, Россия» (с завитком), один конец которого выводится через отдельный разрез наружу, конец закрыт, во избежание попадания инфекции. В 45 (31,4%) пациентам мы применили аналог стента, готовящийся из обычного одноразового силиконового мочевого катетера с учетом возраста пациента и степени сужения ЛМС.

Заключение. Таким образом, выбор рационального метода отведения мочи на ряду со щадящей оперативной техникой с использованием современных шовных материалов мы считаем определяющими факторами успешного лечения детей с гидронефрозом. Использование пиелоуретеростомы целесообразно, так как последняя не травмирует паренхиму почки, снижает риск кровотечения и формирования кровяных сгустков.

Список литературы:

1. Рашидов, З., et al. "Состояние кровотока по данным ультразвуковой ангиографии при туберкулезе почек." Журнал проблемы биологии и медицины 2 (94) (2017): 76-78.
2. Abdullaev, Zafar, et al. "Fistula recurrence after urethrocuteaneous fistulectomy in children with hypospadias: risk factors." Journal of Pediatric Urology 16 (2020): S12.