

УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ У ДЕТЕЙ**© 2015. Ю.М. Ахмедов, Ф.Ш. Мавлянов, У.Х. Хайитов, И. Ахмедов****Самаркандский Медицинский институт. Кафедра детской хирургии****Таянч сўзлар:** оператив даволаш, реимплантация, уретерогидронефроз**Keywords:** reimplantation of the ureter, surgery, ureterohydronephrosis, urinary tract**БОЛАЛАРДА УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ**

1993 йилдан 2005 йилгача Самарканд вилоят болалар кўп тармокли клиник шифохонаси базаси болалар хирургияси бўлимида уретерогидронефроз ташхиси билан 83 нафар болалар текширилиб даволанган. Уретерогидронефроз клиник манзараси буйрак паренхимаси ва сийдик йўлларидаги яллиғланиш жараёни даражасига боғлиқдир. 83 нафар боладан 68 нафарида оператив даволаш амалга оширилди. Бунда сийдик найи резекцияси ва кейинги навбатда уни сийдик пуфагига антирефлюкс химоя билан реимплантация қилинди. 45 нафар беморда катамнестик текширишлар 3 ойдан 3 йил муддатгача ўтказилди. Шундан 36 беморда яхши натижага эришилди.

Уретерогидронефрозни факат хирургик йўл билан даволаш мақсадга мувофиқ. Таклиф қилинган операция - сийдик найи резекцияси ва кейинги навбатда уни сийдик пуфагига антирефлюкс химоя билан реимплантация қилиш билан бирга буйрак функционал ҳолати ва сийдик найи динамик фаоллиги сақланганлик даражасини эътиборга олиш мақсадга мувофиқ.

CHILDREN WITH URETEROHYDRONEPHROSIS**Y.M Ahmedov, F.S. Mavlyanov, U.H. Haitov, I. Akhmedov**

During the period from 1993 to 2005 based Regional Children's Multidisciplinary Clinical Hospital in the department of pediatric surgery in the examination and treatment were 83 children with ureterohydronephrosis. The clinical picture ureterohydronephrosis depends largely on the severity of the inflammatory process in the renal parenchyma and urinary tract. Of the 83 children 68 were conducted surgery. Preference was given to resection of the ureteral orifice followed by reimplantation of the ureter into the bladder with antireflux protection follow-up examined 45 children in a period of 3 months up to 3 years. In 36 patients had a good result ureterohydronephrosis only with operative treatment. Surgery is considered to be the choice of resection of the ureteral orifice followed by reimplantation of the ureter into the bladder with antireflux protection and mandatory considering the functional safety of the kidneys and the degree of preservation of the dynamic activity of the ureter.

Введение. Среди урологических заболеваний в детском возрасте аномалии почек составляют от 10 до 35%. Высокий процент врожденной патологии органов мочевыделительной системы в детском возрасте отмечают и зарубежные авторы, по их наблюдениям они составили от 0,5 до 7,5 случаев на 1000 новорожденных. Уретерогидронефроз (УГН) является одним из наиболее частых заболеваний в детской урологической практике. Такое широкое распространение заболевания, частые осложнения в виде хронической почечной недостаточности, пиелонефроза, потери функции органа определяют необходимость пристального внимания со стороны врачей к вопросам своевременной диагностики и рационального хирургического лечения уретерогидронефроза [1,2,3,4,7,8]. Хирургическое лечение УГН крайне сложно и постоянно обсуждается на страницах медицинской печати. Результаты оперативного лечения неутешительны, по данным различных авторов, в связи с частым обострением и обструктивного пиелонефрита, и сужения вновь созданного мочеточнико-пузырного соустья в 6-70% случаев наблюдается удовлетворительный и неудовлетворительный результаты [4,5,6].

Материалы и методы. За период с 1993 по 2005 гг. на базе Детской Областной Многопрофильной клинической больницы в отделении детской хирургии на обследовании и лечении находилось 83 ребенка с уретерогидронефрозом. В зависимости от причины заболевания дети были разделены на две группы. В первую группу вошли 48 детей с обструктивным уретерогидронефрозом, вторую группу составили 35 детей с рефлюксирующим уретерогидронефрозом (таб. 1). Возраст детей составил от 6 месяцев до 15 лет.

Левосторонний уретерогидронефроз был выявлен у 26 больных, у 22 – диагностировано правостороннее поражение пузырного отдела мочеточника, и 35 детей патология носила двусторонний характер.

Всем детям было произведено комплексное урологическое обследование помогающее выявить степень уродинамических нарушений: анамнез, выявление мочевого синдрома (проба Зимницкого, Аддиса-Какковского, посев и общий анализ мочи). Биохимические ана-

Таблица № 1.

Распределение детей с УГН в зависимости от пола причины и степени заболевания

Причина УГН	СТЕПЕНЬ УГН						Всего
	1 степень		2 степень		3 степень		
	м	д	м	д	м	д	
Обструктивный	2	0	4	2	24	16	48
Рефлюксирующий	0	0	4	2	12	17	35
Итого	2	0	8	4	36	33	83
Всего	2	12	69				

лизы, рентген-радиологические методы, полипозиционная ультразвуковая эхография, доплерография, цистоуретероскопия.

Результаты: Анализ клинических проявлений и жалоб послуживших причиной обращения в стационар показал, что при обструктивном уретерогидронефрозе независимо от возраста детей ведущими жалобами оказались боли в области живота и мочевого синдром (рис. 1).

При рефлюксирующем уретерогидронефрозе были выявлены различия в клинике и жалобах в зависимости от возраста. Дети до года в клинику обращались в основном с жалобами на боли в области живота. Как видно из рисунка №2 после 3-х лет у детей появляется выраженный мочевого синдром, а у детей 7-11 лет появляются жалобами на боли в области поясницы.

Клиническая картина уретерогидронефроза во многом зависит от степени выраженности воспалительного процесса в почечной паренхиме и мочевыводящих путях. Хронический обструктивный пиелонефрит отмечался практически у всех больных, периодическое обострение последнего наблюдалось у 85% детей. Зависимость присоединения инфекции от возраста детей и причины уретерогидронефроза не выявлена.

Как видно из рисунка 3, у больных с уретерогидронефрозом с этиологически значимой бактериурией было выявлено 7 штаммов, из которых наибольший удельный вес составило семейство энтеробактерий. Среди них ведущее место занимала *Escherichia coli* 30%, высеваемая в монокультуре и в ассоциации с другими микроорганизмами.

Обсуждение: Из 83 детей 68 было произведено оперативное лечение. До стабилизации состояния операция отсрочена 15 детям с ХПН, гипотрофией, анемией. С целью нормализации уродинамики проводились реконструктивно-пластические операции на мочеточнико-пузырном сегменте. Предпочтение отдавалось резекции устья мочеточника с последующей

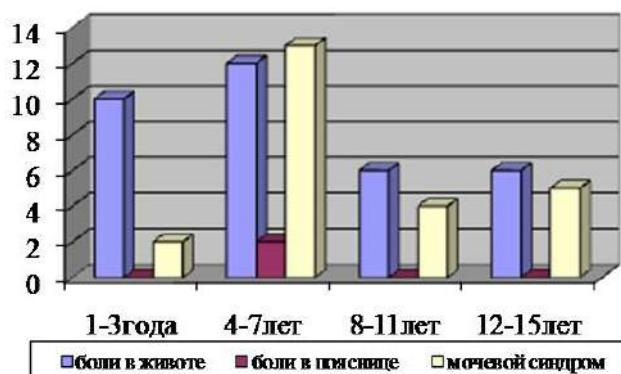


Рисунок 1. Клинические симптомы обструктивного УГН у детей в зависимости от возраста

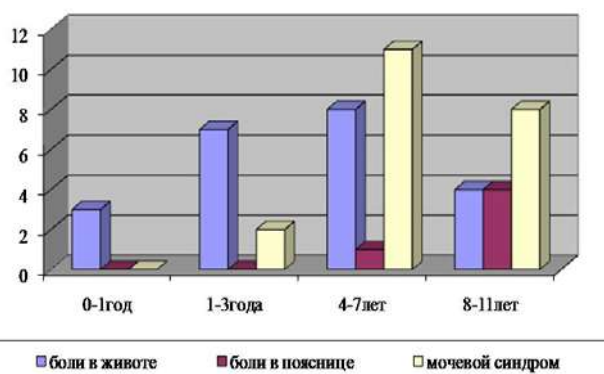


Рисунок 2. Клинические симптомы рефлюксирующего УГН у детей в зависимости от возраста

Таблица №2.

Виды реконструктивно-пластических операций выполненных у детей с УГН

Операции	Обструктивный УГН	Рефлюксирующий УГН	Итого
Политано-Леадбеттера	4	2	6
Козна	9	10	19
В модификации клиники	10	13	23
Геминефруретерэктомия	5		5
Нефруретерэктомия	1	5	6
Уретеролизис	7		7
Ликвидация клапана		2	2
Всего	36	32	68

реимплантацией мочеточника в мочевой пузырь с антирефлюксной защитой (таб.2).

При выборе вида операции опирались на функциональное состояние почки и степень сохранности динамической активности мочеточника. Противопоказанием к реконструктивно-пластическим операциям считали утрату функции почек вследствие необратимых деструктивных изменений паренхимы. В связи с полной утратой функции почки 6 больным произведена первичная нефруретерэктомия и 5 – геминефруретерэктомия.

Принимая во внимание способность мочеточника к резкому растяжению под влиянием ретенции мочи и не менее разительному сокращению после устранения обструкции, что является особенностью мочеточника у детей преимущественно раннего возраста, произведена неоимплантация мочеточника без обуживания, если диаметр его не превышал 1см. Если мочеточник имел диаметр 2см и более, то он обуживался на протяжении 3-5см до размера 10,5см в диаметре и неоимплантировался в мочевой пузырь с проведением в подслизистом слое на 2 – 2,5см. Обязательным являлось соблюдение соотношения между диаметром и длиной подслизистого отдела мочеточника как 1:2 или 1:2,5.

Катамнестически обследовано 45 детей в сроки от 3 мес. до 3лет. У 36 больных наблюдался хороший результат, т.е. значительное улучшение эвакуаторной способности мочеточнико-пузырного сегмента и динамической активности верхних мочевых путей, отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса, уменьшение дилатации чашечно-лоханочной системы и мочеточника. У 6 больных был удовлетворительный и у 3 – неудовлетворительный функциональный результат.

Выводы: Анализ полученных результатов позволяет отметить ряд особенностей клинической картины врожденного уретерогидронефроза, в зависимости от возраста больных. У детей раннего возраста клиническая картина находится в прямой зависимости от степени и причины уретерогидронефроза. У детей с обструктивным уретерогидронефрозом независимо от возраста больных, ведущими симптомами являются боли в животе и мочевого синдром. У детей с рефлюксом до 3-х лет преобладают симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, нарушения физического развития. У детей до 8 лет преобладают симптомы болей в животе. И у пациентов старшей возрастной группы преобладают боли в пояснице с мочевого синдромом. Результаты исследований позволили выявить, среди 7 выделенных штаммов удельный вес микроорганизмов из семейства энтеробактерий оставался ведущим. Удельный вес *Escherichia coli* составил 30%.

Лечение уретерогидронефроза только оперативное, операцией выбора считается резек-

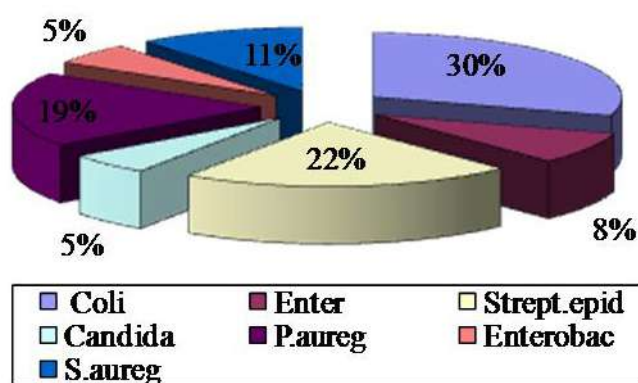


Рисунок 3. Пейзаж микрофлоры мочи у детей с УГН до операции

ция устья мочеточника с последующей реимплантацией мочеточника в мочевого пузыря с антирефлюксной защитой и обязательным учетом функциональной сохранности почки и степени сохранности динамической активности мочеточника.

Использованная литература:

1. Аляев Ю.Г., Амосов А.В. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологии // Урология. 2002. №4. С. 26-32.
2. Асадов Д.А., Эргашев Н.Ш., Тоиров Н.Т. Чакалокалар жаррохлигида тугма нуксонлар мониторинги // O'zbekiston tibbiyot Jurnal. 2003. №1. С. 36-38.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. В 2-х т. М., 1998.
4. Урология. Учебник для вузов. // Под редакцией Лопаткина Н.А. М., 2002.
5. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. М., 1991.
6. Матибаев К. Отдаленные результаты хирургического лечения врожденной обструктивной уropатии у детей // Автореферат диссертации.....док. мед. наук. М., 1991.
7. Anoukoum T., Agbodjan-Djossou O., Atakouma Y. D., Bakonde B., Folligan K., Boukari B. and Kessie K. Epidemiological and etiological aspects of urinary tract infection in child at the pediatric service of CHU-Campus (Lomé-Togo) // Annales d'Urologie. 2001. №3. Vol. 35. P. 178-184.
8. Wilhelm C., Wieacker P., Quaas L. Fetal urinary tract obstructions: prenatal diagnosis – prenatal and postnatal therapy // Pediatrics. 1991. № 5. Vol.19. P.357-365.