

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Ф.Ш. МАВЛЯНОВ, Ю.М. АХМЕДОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАРДА ОБСТРУКТИВ УРОПАТИЯЛАРНИ ДАВОЛАШИ

Ф.Ш. МАВЛЯНОВ, Ю.М. АХМЕДОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

TREATMENT OF CONGENITAL OBSTRUCTIVE UROPATHY IN CHILDREN

F.Sh. MAVLYANOV, Yu.M. AHMEDOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Актуальность выбранной темы определяется необходимостью разработки и внедрение мероприятий по хирургическому лечению врожденной урообструкции у детей на основе новых научных данных и обоснованных методик и подходов, что будет способствовать решению медицинских проблем, связанных с этой патологией. уропатий, позволяющих формирование на этой основе групп риска [1, 2].

Охрана здоровья детей и подростков должна быть всеобъемлющей, сочетая в себе элементы общественного здравоохранения, и обязательно направлена на своевременное выявление и комплексное лечение болезней. С этой точки зрения понятен повышенный интерес к обструктивным уропатиям, которые являются широко распространенной патологией, и характеризуется определенными особенностями течения в зависимости от возраста детей [1, 2, 5, 8].

В нашей стране за годы независимости в рамках Государственной программы охраны здоровья матери и ребенка реализованы масштабные мероприятия по разработке и внедрению современных методов диагностики и лечения врожденных заболеваний почек и мочевыводящей системы [3, 4, 19, 21].

Вопросы лечения обструктивных заболеваний мочеточника занимают в детской урологии центральное место. Одни авторы ограничиваются консервативной терапией, другие – при одностороннем процессе выполняют нефроуретерэктомию, а при двустороннем предпочитают уретеро-, пиело-, нефро- или цистостомию, третьи настойчиво ищут пути радикально лечения. Реконструктивно-пластические операции на верхних мочевых путях являются одним из сложных разделов хирургии детского возраста. Успешное их проведение зависит не только от искусства хирурга и выбора адекватного варианта пластической операции, но и от морфофункциональных изменений в почке и верхних мочевых путях к моменту вмешательства.

В работах ряда авторов доказывается целесообразность раннего хирургического лечения гидронефроза: у детей, находящихся под наблюдением, имеется существенный риск потери почечной функции, без возвращения к исходным

данным после операции. Исследователи продемонстрировали, что почки с относительной функцией не выше 40% могут ухудшиться в течение периода наблюдения. Восстановление функции возможно, когда операция выполнена на 1 году жизни. Другими же авторами рекомендуется выполнение оперативного лечения в первые 3 месяца жизни – в период наиболее возможных изменений в функции почек. Однако, имеется мнение, что расширение хирургической активности увеличивает процент инвалидизации пациентов разной возрастной группы, особенно младшей, из-за игнорируемой возможности динамической природы обструкции верхних мочевыводящих путей [1, 6, 26].

Обсуждая вопрос о способах лечения врожденного гидронефроза, признают, что рассекающая пиелопластика остаётся "золотым стандартом" в лечении лоханочно-мочеточниковой обструкции у детей с эффективностью 95% по сравнению с 80% лоскутной пиелопластики. Многие детские хирурги считают, что резекция пиелоуретерального сегмента должна выполняться во всех случаях независимо от причин гидронефроза [20, 23, 33].

В настоящее время в качестве оперативного пособия при гидронефрозе используют резекцию ЛМС с уретеропиелопластикой по методике Андерсон-Гайнса-Кучера. Высокая эффективность, от 74% до 97% хороших результатов, резекции ЛМС с пластикой анастомоза по Андерсену – Хайнсу – Кучере подчеркивает патогенетичность этой методики операции – удаляется порочно сформированный сегмент мочеточника и формируется полноценный в морфофункциональном отношении лоханочно-мочеточниковый анастомоз. Однако, отдавая предпочтение резекционной методике, другие авторы используют также лоскутную пластику по Culp и DeWeerd. Преимущество этого метода объясняют сохранением «мочевой дорожки» и, тем самым, сохранением нервно-сосудистого пути. Третьи – допускают применение как лоскутной, так и резекционной методики в зависимости от морфологической картины ПУС [1, 12, 18, 26, 32].

Считается, что основными задачами реконструктивно-пластических операций при врожден-

ной патологии мочеточнико-пузырного сегмента у детей являются иссечение участка мочеточника, создающего препятствие, моделирование диаметра мочеточника до нормального калибра, неопластация в мочевой пузырь и антирефлюксная операция. Анализ литературы показал, что консервативное лечение порока развития не перспективно. Оно может применяться в предоперационном периоде, так как при самом тщательном подборе антибактериальных средств удастся добиться ремиссии пиелонефрита на несколько недель и очень редко – на несколько месяцев. Однако при констатации нормальной функции почки целесообразно временно отказаться от оперативного лечения, так как проведение дифференциального диагноза между нейромышечной дисплазией мочеточника, функциональной обструкцией мочеточника, диспропорцией его роста у детей раннего возраста крайне сложно. Многими авторами предлагается консервативное ведение детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Проведенные ими исследования не выявили достоверных различий в результатах хирургического, эндоскопического и консервативного лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом [3, 4, 14, 16, 24, 27, 28, 31, 35].

Одной из проблем оперативного лечения детей с ОУ является выбор метода, позволяющий создать наиболее физиологические условия эвакуации мочи из почек. В основе исходного нарушения эвакуации мочи по мочеточникам лежат их суправезикальная обструкция, обусловленная склеротическими изменениями в дистальных отделах мочеточников, а также нарушение замыкательной функции пузырно-уретерального соустья, определяющего развитие ПМР. Несмотря на кардинальные различия причин, приводящих к снижению функциональных способностей почек, в обеих ситуациях основной задачей оперативного вмешательства является формирование пузырно-уретерального соустья, обеспечивающего адекватный пассаж мочи и исключающего ПМР. Решению этой задачи посвящено огромное число работ отечественных и зарубежных авторов. В результате этого в хирургическую практику широко внедрены авторские методики формирования уретероцистоанастомозов по Politano – Leadbetter, Cohen и их модификации. Все эти методики, в конечном счете основаны на принципе Politano – Leadbetter. Все эти методики, в конечном счете, основаны на создании интрамурального отдела мочеточника путем его интродукции в тоннель между детрузором и слизистой мочевого пузыря [13, 15, 16, 35].

Другой особенностью, является то, что они предполагают трансвезикальное наложение анастомоза. С точки зрения А.Ю.Павлова с соавт. данный доступ излишне травматичен [14, 15]. В

связи с этим они в своей практике обратились к методике экстравезикального уретероцистоанастомоза без широкого вскрытия мочевого пузыря. Этому принципу соответствует методика Lich-Gregoir. В то же время использование данной методики невозможно при мегауретере, причиной развития которого является обструкция интрамурального отдела мочеточника. Кроме того, рассечение детрузора с последующим его ушиванием над мочеточником создает условие для формирования рубца, в зоне вновь сформированного интрамурального отдела мочеточника.

В последние годы появились данные о лапароскопических методах вмешательств при аномалиях развития почек и мочевых путей. С развитием эндовезикальной и суправезикальной эндouroлогии появились новые малоинвазивные рентгеноэндоскопические методы лечения стриктур ПМР и ВМП, по своей эффективности почти не уступающие традиционным операциям. Эти методы лечения включают в себя введение в интрамуральную часть мочеточника различных веществ, шинирующее бужирование, баллонную дилатацию и эндотомию места сужения и использованием антеградного или ретроградного доступа. Совершенствование эндоскопической техники позволило применить эти методы в педиатрической практике у детей младших возрастных групп. В литературе последних лет опубликованы обнадеживающие результаты лапароскопических операций при гидронефрозе, обусловленном добавочным нижнесеgmentарным сосудом, рентгеноэндоскопического лечения стриктур ЛМС, эндоскопическому внутрипузырному лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса [8, 12, 16, 21, 27].

В литературе широко обсуждается вопрос о возможности послеоперационного ведения больных с врожденными ОУ без дренирования мочевых путей. Данные других авторов свидетельствуют, что большинство хирургов исключают варианты проведения пластики мочеточника без отведения мочи. Полагают, что отек анастомоза в ответ на операционную травму в первые дни после операции без дренирования приводит к нарушению пассажа мочи, повышению внутрипочечного давления вызывая блок почки [9, 17, 23, 30].

Данные исследователей свидетельствуют о достаточно высоком проценте нефрэктомий. Причиной выполнения органоуносящей операции является запоздалая диагностика заболевания и расширение показаний к этой калечащей операции без учета особенностей роста и развития органов и всего детского организма в целом. В отличие от взрослого человека, у которого уже произошло полное формирование органов и всех систем организма, у ребенка еще долгое время происходят рост и формирование всех органов, по-

этому при удалении почки в детском возрасте создаются сложные условия для развития компенсаторных процессов. Особенно остро возникает этот процесс при констатации в единственно оставшейся почке диспластических процессов, что часто диагностируется у детей с пороками развития контралатеральной почки или другими патологическими процессами, чаще с хроническим пиелонефритом. По мере прогрессирования патологического процесса степень выраженности компенсаторной гипертрофии единственной почки снижается, наступает угнетения кровотока в паренхиме почки, а также фильтрации и реабсорбции. Возникает гипофункциональное состояние. Во избежание этих тяжелых осложнений у детей необходимо стремиться к резкому сокращению показаний к нефрэктомии и расширению показаний к органосохраняющим операциям [1, 6, 7, 19, 26, 32].

Известно, что при нарушениях уродинамики тяжелой степени, как вследствие рефлюкса, так и обструкции, методом выбора считалось отведение мочи путем пункционной нефростомии. В хирургическом лечении мегауретера до настоящего времени дискутируется вопрос о предварительном отведении мочи. При обструкции ВМН с тяжелым нарушением функции почки рекомендуют чрезкожную пункционную нефростомию сроком на 2 месяца. Если после этого по данным динамической нефросцинтиграфии почка обеспечивает 10% общей функции, то целесообразно выполнить пиелопластику, а не нефрэктомию. В противоположность этому другие рекомендуют при закрытом ВГ не накладывать пункционную разгрузочную пиелонефростому, а выполнять радикальную операцию в экстренном порядке с обязательным дренированием полостной системы почки. Такая противоречивость мнений связана с тем, что до сегодняшнего дня не разработаны четкие показания к выполнению пункционной нефростомии при ОУ у новорожденных и детей грудного возраста с учетом характера порока и сопутствующей патологии [7, 19, 32].

Таким образом, принятие решения об оперативном вмешательстве у детей с врожденными обструктивными уропатиями, со временем становится более сложной проблемой, поскольку все чаще сообщается о том, что устранение урообструкции не всегда приводит к восстановлению функции почечной паренхимы. Высокий процент неудовлетворительных результатов оперативного лечения обструктивных уропатий у детей обуславливает пристальное внимание детских хирургов к этой проблеме и свидетельствует о том, что многие вопросы патогенеза и лечения далеки до окончательного решения и требуют дальнейших разработок.

Литература:

1. Айнакулов А.Д. / Дифференцированное хирургическое лечение гидронефроза у детей. // Клиническая нефрология, 2014.-N 3.-С.51-53.
2. Айнакулов А.Д., Зоркин С.Н. / Диагностика и лечение обструктивных уропатий у детей // Гематология и трансфузиология, 2012.-N 6.-С.23-26
3. Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Теребаев Б.А., Саттаров Х.А., Султанов А.К. / Отдаленные результаты оперативной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2015.-N 2.-С.89-95.
4. Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Сапаев О.К., Саттаров Х.А., Теребаев Б.А. / Критерии выбора метода хирургического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Детская хирургия, 2007.-N 6.-С.19-22.
5. Алиев М.М., Рахматуллаев А.А., Сапаев О.К., Саттаров Х.А. / Выбор метода антирефлюксной защиты при хирургическом лечении обструктивного мегауретера у детей // Детская хирургия, 2006.-N 5.-С.9-13
6. Баранов Ю.В., Цап Н.А. / Обоснование ранней оперативной коррекции врожденного гидронефроза // Уральский медицинский журнал, 2013.-N 9.-С.5-9.
7. Бондаренко С.Г., Абрамов Г.Г., Хворостов И.Н. / Стентирование мочеточника как самостоятельный метод лечения врожденной внутренней обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей // Детская хирургия, 2010.-N 3.-С.20-22.
8. Ефимова В.И., Врублевский С.Г., Аль-Машат И.А. / Эндохирургическая пиелопластика при гидронефрозе у детей // Гематология и трансфузиология, 2012.-N 6.-С.45-48.
9. Каганцов И.М., Минин А.Е., Санников И.А. / Особенности дренирования чашечно-лоханочной системы после лапароскопической пиелопластики у детей // Урология, 2013.-N 6.-С.85-89.
10. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г., Алиев Р.В. / Лапароскопическая пиелопластика // Урология, 2014.-N 1.-С.79-83.
11. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Голоденко Н.В., Феоктистова Е.В., Гуревич А.И., Врублевская Е.Н., Шумихин В.С., Скларова Т.А., Мокрушина О.Г. / Всегда ли оправдана нефруретерэктомия у новорожденных с обструктивными уропатиями? // Андрология и генитальная хирургия, 2011.-N 2.-С.25-29.
12. Оношко В.Ф. / Проблемы хирургического лечения обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента // Сибирское медицинское обозрение, 2012.-N 3.-С.3-6.
13. Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Федоткина А.А. / Отдаленные результаты органосохраняющих операций при обструктивном уретерогидронефрозе у

- терминальной стадии // Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 2014.-N 1.-С.62-65.
- 14.Павлов А. Ю., Поляков Н. В., Москалева Н. Г., Красюк К. В. Экстравезикальный уретероцистоанастомоз // Урология. - 2002. - №2. - С.40-43
- 15.Павлов А.Ю., Маслов С.А., Поляков Н.В., Лисенок А.А., Симонян Г.В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. — Леч. врач. 2006. № 7.
- 16.Павлов А.Ю., Мартов А.Г., Маслов С.А., Лисенок А.А., Поляков Н.В. Эндоскопическое лечение билатерального пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Урология. - 2007. № 2. - с.63 - 68.
- 17.Поляков Н.В., Павлов А.Ю., Салихар Ш.И. / Выбор метода дренирования при реконструктивно-пластических операциях по поводу врожденного гидронефроза у мальчиков // Урология, 2009.-N 2.-С.73-77.
- 18.Разин М.П., Галкин В.Н., Сухих Н.К., Мищенко И.Ю., Батуров М.А., Игнатьев С.В., Кузнецов С.Ю., Лапшин В.И., Топоркова А.А. / Современные принципы лечения врожденной гидронефротической трансформации. // Вятский медицинский вестник, 2013.-N 1.-С.20-24.
- 19.Сапаев О.К. / К вопросу о предварительной деривации мочи у детей с суправезикальной обструкцией //Детская хирургия, 2009.-N 6.-С.26-28.
- 20.Сизонов В.В., Коган М.И. / Результаты расчленяющей лоскутной пиелопластики при гидронефрозе у детей //Казанский медицинский журнал, 2012.-N 2.-С.261-265.
- 21.Шамсиев А.М, Данияров Э.С., Бабанин И.Л., Шамсиев Ж.А., Ибрагимов Ш.Ш. / Эффективность эндохирургического лечения обструктивных уropатий у детей // Детская хирургия, 2012.-N 4.-С.4-6
- 22.Шмыров О.С., Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С. / Эндохирургические вмешательства в коррекции патологии уретеро-везикального сегмента у детей // Детская хирургия, 2014.-N 4.-С.25-28.
- 23.Briony K. Varda, Emilie K. Johnson, Curtis Clark, Benjamin I. Chung, Caleb P. Nelson, Steven L. Chang / National Trends of Perioperative Outcomes and Costs for Open, Laparoscopic and Robotic Pediatric Pyeloplasty // the Journal of Urology. April 2014Volume 191, Issue 4, Pages 1090–1096
- 24.Daniel Herz, Paul Merguerian, Leslie McQuiston / Continuous antibiotic prophylaxis reduces the risk of febrile UTI in children with asymptomatic antenatal hydronephrosis with either ureteral dilation, high-grade vesicoureteral reflux, or ureterovesical junction obstruction // Journal of Pediatric Urology 2014
- 25.Garcia Merida M., Gosalbez R Jr., Rius Diaz F., Labbie A., Castellán M. Primary vesicoureteral reflux and extravesical ureteral reimplantation in children. // Actas Urol Esp. -2006. – Vol. 30, N6. –P. 602-605
26. Zhou, Xin Liu, Huawei Xie, Lifei Ma, Xiaoguang Zhou, Tian Tao, Sichao Ma, Wei Cheng / Early experience of using transumbilical multi-stab laparoscopic pyeloplasty for infants younger than 3 months // Journal of Pediatric Urology, 2014 Oct; Vol.10, Is.5, P.854-858.
- 27.Katherine Moore, Stéphane Bolduc / Prospective Study of Polydimethyl siloxane vs Dextranomer/ Hyaluronic Acid Injection for Treatment of Vesicoureteral Reflux // the Journal of Urology. December 2014Volume 192, Issue 6, Pages 1794–1800
- 28.Kimihiko Moriya, Takahiko Mitsui, Takeya Kitta, Michiko Nakamura, Yukiko Kanno, Masafumi Kon, Yoko Nishimura, Nobuo Shinohara, Katsuya Nonomur / Early Discontinuation of Antibiotic Prophylaxis in Patients with Persistent Primary Vesicoureteral Reflux Initially Detected during Infancy: Outcome Analysis and Risk Factors for Febrile Urinary Tract Infection // the Journal of Urology. February 2015Volume 193, Issue 2, Pages 637–642
- 29.Le Tan Son, Le Cong Thang, Le Thanh Hung, Nguyen Thi Dan Tram, Huynh Cao Nhan, Nguyen Thi Truc Linh / After stenting of anastomotic junction: a good way to urinary diversion after pyeloplasty in children // Journal of Pediatric Urology 2011.
- 30.Liss ZJ, Olsen TM, Roelof BA, Steinhardt GF. / Duration of urinary leakage after open non-stented dismembered pyeloplasty in pediatric patients // Journal of Pediatric Urology 2013.
- 31.Martin Kaefer, Rosalia Misseri, Ethan Frank, Audrey Rhee, Sang Don Lee / Refluxing ureteral reimplantation: A logical method for managing neonatal UVJ obstruction // Journal of Pediatric Urology, 2014 Oct; Vol.10, Is.5, P.824-830
- 32.Marie-Klaire Farrugia , Henrik A. Steinbrecher, Pdraig S. Malone /The use of stents in the treatment of primary obstructive megaureter requiring intervention before 1 year of age // Journal of Pediatric Urology 2011.
- 33.Park K, Baek M, Cho SY, Choi H. / Time course of hydronephrotic changes following unilateral pyeloplasty // Journal of Pediatric Urology 2013
- 34.Rachel S. Edlin, Daniel J. Shapiro, Adam L. Hersh, Hillary L. Copp / Antibiotic Resistance Patterns of Outpatient Pediatric Urinary Tract Infections // the Journal of Urology. July 2013Volume 190, Issue 1, Pages 222–227
- 35.Strauss A., Seseke S., Zappel H., Ringert RH., Zoller G. Long-term experience with Cohen ureteral reimplantation in bilateral vesicoureteral reflux in childhood. // Urologe A. – 2006. – Vol. 45, N7. –P. 852-857.