

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Мавлянов Ф.Ш.¹, Мавлянов Ш.Х.²
Email: Mavlyanov687@scientifictext.ru

¹Мавлянов Фарход Шавкатович – доктор медицинских наук, доцент;
²Мавлянов Шавкат Ходжамкулович – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра детской хирургии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: 484 детям с врожденной обструкцией верхнего мочевыводящего тракта было выполнено 394 оперативных вмешательства. Анализ результатов хирургического лечения врожденных обструктивных уропатий у детей позволил выявить объективные причины неудовлетворительных результатов реконструктивно-пластических операций на верхнем мочевыводящем тракте. Причиной неблагоприятного послеоперационного развития почки явилось исходное состояние ее паренхимы к моменту операции.
Ключевые слова: дети, обструктивная уропатия, хирургическое лечение, результаты.

FACTORS OF FORECAST RESULTS OF TREATMENT THE OBSTRUCTIVE UROPATIES IN CHILDREN

Mavlyanov F.Sh.¹, Mavlyanov Sh.H.²

¹Mavlyanov Farhod Shavkatovich - Doctor of Medical Sciences, Assistant Professor;
²Mavlyanov Shavkat Hodjamkulovich - Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor,
DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: 398 surgical interventions were performed in 484 children with congenital obstruction of the upper urinary tract. An analysis of the results of the surgical treatment of congenital obstructive uropathies in children revealed the objective reasons for the unsatisfactory results of reconstructive plastic surgery on the upper urinary tract. The reason for the unfavorable postoperative development of the kidneys was the initial state of her parenchyma at the time of surgery.

Keywords: children, obstructive uropathy, surgical treatment, results.

Актуальность. В проблеме обструктивных уропатий обращают на себя внимание два обстоятельства: первое - при хорошо разработанной диагностике раннее выявление остается неудовлетворительным; второе - при большом разнообразии реконструктивных операций результаты лечения более чем скромные. Достаточно большое количество работ посвящены оценке эффективности проведения оперативного лечения врожденных обструктивных уропатий у детей. Однако, несмотря на это, до настоящего времени практически остаются не исследованными причины неудовлетворительных результатов реконструкции верхнего мочевыводящего тракта в зависимости от сроков, а также видов оперативной коррекции у детей.

Материал и методы. 484 детям с врожденной обструкцией верхнего мочевыводящего тракта было выполнено 394 оперативных вмешательства. Оперативная активность составила 88%. У 87,8% были осуществлены органосохраняющие операции. 301 пациенту с врожденной обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) было реализовано 267 операций. 183 детям с врожденным ретроградно-гидронефрозом было произведено 127 хирургических вмешательств.

Результаты и их обсуждения. При отсутствии функции почек по данным рентгенорадиологических и ультразвуковых исследований, наличия напряженного объемного образования в брюшной полости, выраженной клинине хронического обструктивного пиелонефрита лечение было проведено в 2 этапа. После предварительного урологического обследования на первом этапе проводилась перкутанная нефростомия пораженной почки. Если гнойный процесс был распространен на околопочечную клетчатку, то в обязательном порядке производилось дренирование гнойника. После выведения больного из состояния тяжелой гнойной интоксикации благодаря дренированию почки, стабилизации приморбидного фона ребенка, производилось повторное урологическое обследование (доплерография, экскреторная урография, антеградная пиелоуретерография – для выявления уровня обструкции, радиоизотопные методы

исследования). Если по данным исследования констатировалось отсутствие функции почки, больному производилась органудаляющая операция. Нефруретерэктомия была произведена у 11 детей. У 4 детей было выявлено наличие функциональной способности почки. После разгрузки верхних мочевыводящих путей при помощи перкутанной нефростомии, на фоне комплексной терапии, по данным диагностики установлено 15-20% сохранной почечной паренхимы. Этим детям были произведены реконструктивно – пластические операции на верхних мочевыводящих путях (2 ребенка с врожденным гидронефрозом, 2 ребенка с уретерогидронефозом).

Использование в лечении врожденного гидронефроза не резекционных способов пластики не дало нам ожидаемого результата. Операция Фолли была выполнена у 3 больных и уретеролизис у 6 детей. В дальнейшем мы отказались от Y-образных анастомозов, а рассечение эмбриональных спаек сочетали с резекцией пораженного сегмента и наложением анастомоза.

Условиями для беспрепятственной эвакуации мочи из лоханки в мочеточник в зоне вновь созданного соустья являются широкий анастомоз и отсутствие перифокального воспаления и отека в области сформированного ЛМС. После резекции ЛМС мочеточник пересекали в косом направлении и пересекали его латеральную боковую стенку продольно в дистальном направлении на протяжении 1,0-1,5см. После этого выполняли пиелоуретеральный анастомоз, который, как правило, шинировали. Устанавливали пиелостомический или в 35 случаях нефростомический дренаж (рис. 1).

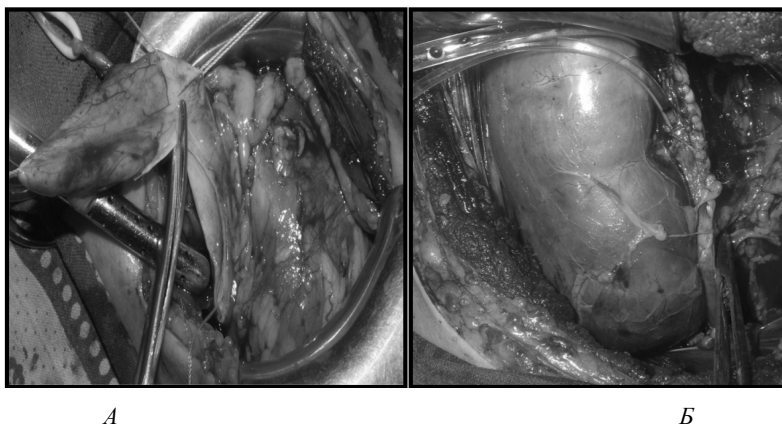


Рис. 1. Этапы наложения пиелоуретерального анастомоза. (А) резекция пиелоуретерального сегмента. (Б) вид вновь созданного ЛМС (объяснение в тексте)

78 больным с ВГ в качестве шовного материала использовали Catgut 4/0-5/0. Анастомоз формировался однорядным узловым швом. В 30 случаях после удаления стента в первые сутки тренировки вновь созданного анастомоза, отмечалось повышение температуры тела и болевой синдром. У этих детей пиелостомия или нефростома была удалена только на 5-7 сутки после удаления интубационной трубки. Наблюдались 4 случая мочевого затека, который в дальнейшем привел к воспалительному процессу. Применения интенсивной терапии у данных больных позволило купировать процесс.

У 71 ребенка в качестве шовного материала использовали синтетические рассасывающиеся монофиламентные нити на атравматической игле типа PDS 4/0-5/0 или Maxon 4/0-5/0. Формирование анастомоза непрерывным швом в 2 случаях дал рестеноз вновь созданного ЛМС. Поэтому в последующем анастомоз формировался непрерывным швом отдельно, с левой и правой половины вновь создаваемого соустья, который сшивали от нижнего угла анастомоза к верхнему с двух сторон.

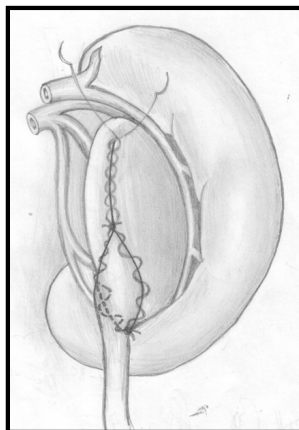


Рис. 2. Схема наложения пиелоуретерального анастомоза (объяснение в тексте)

Применение синтетического шовного материала и описанной методики наложения шва позволила после удаления интубатора, через 1-3 суток удалить нефро- или пиелостому.

В 4 случаях сужение прилоханочного отдела мочеточника было на протяжении свыше 2 см. Из-за сильного натяжения создание нового пиелоуретерального анастомоза не представлялось возможным. В этих случаях нами принято решение выполнения лоскутной пластики. Т.е. недостающая часть сегмента формировалась из лоскута расширенной лоханки. После чего накладывался анастомоз по типу бок в бок между смоделированным и резецированным частями мочеточника.



А

Б

Рис. 3. Этапы лоскутной пластики. (А) формирование лоскута из лоханки. (Б) формирование анастомоза (Объяснение в тексте). Больная М. 7 лет. ВГ слева 3 степени единственной почки

Детям с врожденным уретерогидронефрозом (УГН) была произведена 101 операция на мочеточнико-пузырном сегменте. Не зависимо от того рефлюксирующий (РУГН), или обструктивный (ОУГН) тип уретерогидронефроза хирургическая тактика заключалась в резекции уретеровезикального сегмента мочеточника и последующей неоимплантацией в мочевой пузырь с антирефлюксной защитой.

В клинике широко применялась пластика мочеточнико-пузырного сегмента по методу Козна – 18 детей и Политано-Ледбеттера – также 38 детей, однако эти методы не лишены недостатков, что явилось поводом усовершенствование их. Для лечения 16 детей с двухсторонним уретерогидронефрозом нами использована модифицированная методика уретероцистоанастомоза по Козну. Суть, которой заключается в создании единого подслизистого тоннеля для неоимплантации мочеточников в мочевой пузырь. Данный способ позволяет избежать излишней травматизации слизистой оболочки мочевого пузыря.



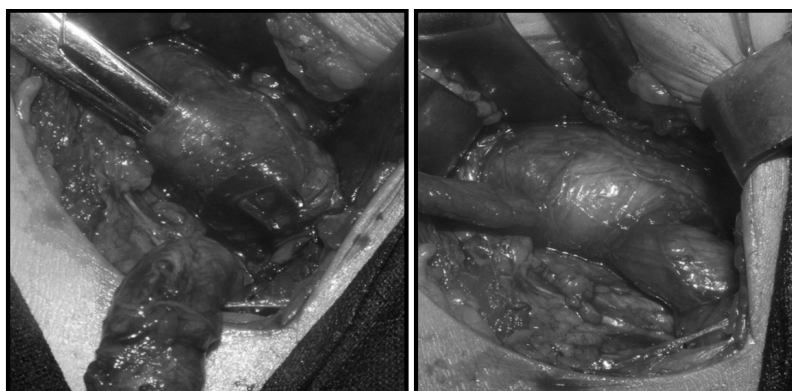
А

Б

Рис. 4. Этапы формирования единого подслизистого тоннеля. (А) измененные мочеточники. (Б) подслизистый тоннель. Больной А. 5 лет. Двухсторонний ОУГН III степени

Сроки шинирования мочеточников определялись в зависимости от их исходного состояния. В тех случаях, когда мочеточники не изменены и их стенка по данным морфологического исследования не имеет грубых структурных изменений, интубирующие дренажи удаляются на 6 - 8 сутки после операции. Уретральный катетер или цистостомический дренаж соответственно удаляются на 8 - 10 сутки после операции.

Диспансерное наблюдение за данной категорией больных установило в 73% случаях так называемый послеоперационный цистит, характеризующийся наличием длительно продолжающихся дизурических явлений. В связи с этим при оперативном лечении врожденного уретерогидронефроза у 41 больного нами принято решение использовать методику экстравезикального уретероцистоанастомоза без широкого вскрытия мочевого пузыря, не имеющих выше указанных недостатков.



А

Б

Рис. 5. Этапы формирования экстравезикального анастомоза. (А) формирование антрефлюксной защиты. (Б) имплантация (объяснения в тексте) мочеточника в мочевой пузырь. Больная М. 3 года. ОУГН справа III степени

Закключение. Таким образом, анализ результатов хирургического лечения врожденных обструктивных уропатий у детей позволил выявить следующие причины неудовлетворительных результатов реконструктивно-пластических операций. Пионефроз – грозное осложнение врожденной обструкцией ВМП и причина риска первичной нефруретерэктомии. Открытая нефростомия создает дополнительные рубцы в окружающих почку тканях, которые создают дополнительные технические трудности для повторной операции, которая, по существу, проходит в техническом отношении не как повторное, а как первичное вмешательство.

Органический шовный материал типа Catgut 4/0-5/0 обладает местной реакцией на ткани лоханки и мочеточника что в свою очередь приводит к длительному отеку линии швов анастомоза. В результате этого создаются условия для мочевого затека, перифокального воспаления и как следствие рестенозирование вновь созданного лоханочно-мочеточникового соустья. При ВУГН использование операции Cohen в классическом

варианте у детей, из-за малого размера мочевого пузыря создание двух параллельных подслизистых тоннелей затруднительно и излишне травматично. Это является причиной неадекватного антирефлюксного механизма, в следствии чего наблюдается повторный ПМР. Анализ возможных причин ретеннозирования мочеточничко-пузырного сегмента после его пластики выявил, основным фактором является травматизация треугольника Льебо при внутрипузырном выделении дистального отдела мочеточников. Кроме того, существенным недостатком является то, что при создании антирефлюксного механизма в зоне имплантации мочеточника в мочевой пузырь необходимо рассечение детрузора с последующим его ушиванием над мочеточником, а именно это и создает условия для формирования рубца в зоне анастомоза.

Врожденные морфологические изменения лоханочно-мочеточникового сегмента при врожденном гидронефрозе и дистального отдела мочеточника врожденном уретерогидронефрозе являются решающим фактором развития нарушений уродинамики при обструктивных уропатиях. Характерной особенностью обструктивных уропатий у детей являются сопутствующие пороки развития почечной паренхимы в виде дисплазии, проявляющейся нарушением строения и отставанием морфологической зрелости почечной ткани от хронологического возраста больного. Это явление сопровождается задержкой функционального развития почек, а при присоединении вторичных изменений, развивающихся в условиях персистенции эмбриональных структур, полной утратой функции почек.

Индивидуальный ретроспективный анализ интраоперационных биоптатов почек показал, что причиной неблагоприятного послеоперационного развития почек явилось исходное состояние ее паренхимы к моменту операции, которое определялось тяжелой степенью диспластических изменений почки, выраженностью интерстициального склероза со склерозом сосудов и клубочков на фоне распространенного интерстициального воспаления с образованием лимфоидных фолликулов. Однако, даже при хороших результатах оперативного лечения показатели роста почек с увеличением площади почек и ее паренхимы всегда отставали от аналогичных показателей контралатеральной почки, что свидетельствует о дооперационных глубоких необратимых изменениях врожденного и приобретенного характера.

Список литературы / References

1. Аллазов С.А., Гисов Ш.И., Насыров Ф.Р. Современные взгляды на травматические повреждения мочевыделительной системы // Вестник экстренной медицины, 2011. № 3.
2. Аллазов С.А. Применение настоя и настойки лагохилуса при урологических кровотечениях // Вестник экстренной медицины, 2015. № 2.
3. Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмеджанов И.А. «Способ пластики лоханочно-мочеточникового сегмента». Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием. 25-26 мая 2017 года Гомель. Беларусь. С. 36-37.
4. Ахмедова М.М. и др. Дифференциальная диагностика поражения почек обменного генеза у детей раннего возраста // Достижения науки и образования, 2019. № 12 (53).
5. Каримов З.Б., Мавлянов Ф.Ш. Значение качественной и количественной оценки рентгенологического обследования детей с обструктивными уропатиями // Вопросы науки и образования, 2019. № 32 (82).
6. Лапасов С.Х. и др. Диагностика, лечение и профилактика инфекций мочевыводящих путей у беременных женщин с позиции доказательной медицины (обзор литературы) // Медицинское образование сегодня. С. 71.
7. Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Ахмеджанов И.А. «Критерии прогноза послеоперационного периода у детей с мегауретером». Мегауретер у детей. Материалы Всероссийского симпозиума с Международным участием (Рязань, 24 апреля 2019 г.). С.42-43.
8. Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Ахмеджанов И.А., Хайитов У.Х. «Клинико-рентгенологическая характеристика восстановления почечной паренхимы при врожденной обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента». // Педиатрия и детская хирургия. Спец. выпуск № 2 (96), 2019. «Материалы 1 съезда Ассоциации детских хирургов Центральной Азии. Алматы-2019, 13-14 июня». С. 56-57.
9. Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Язык С.П. «Причины неудовлетворительных результатов пластических операций при врожденных обструктивных уропатиях у детей». «Журнал Теоретической и практической медицины». Ташкент, 2015. № 5. С. 78-81.
10. Ризаев Ж.А., Гадаев А.Г., Абдувакилов Ж.У. Состояние стоматологического здоровья у больных с хроническим болезням почек // Теоретические и практические проблемы образовательной системы при подготовке высококвалифицированных стоматологов. Ташкент, 2017. С. 779-780.

11. *Шамсиев А.М. и др.* Хирургическая коррекция передних форм гипоспадии // Тюменский медицинский журнал, 2011. № 2.