

язвенного колита / Э. Стивен, Пол Дж. Сиклитира // Лечащий врач. — 2001. — № 56. — С. 3037

УДК 611.61.012-013:617-089.844:616-053.3

И.С.Шнайдер, Н.А.Цап, Ю.В.Баранов
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ
ВРОЖДЁННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

I.S.Schneider, N.A.Tsap, Y.V. Baranov
RESULTS SURGERY FOR CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN
INFANTS

Department of pediatric surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg , Russian Federation

Контактный e-mail: inna-shnaider@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены результаты оперативного лечения 98 детей первого года жизни с врождённым гидронефрозом в отдалённом послеоперационном периоде (1год). Возраст ребенка на момент операции стал критерием разделения на группы: I гр. — дети, оперированные в возрасте до 3 месяцев, II гр. — от 3 до 11 месяцев. Результаты оперативной коррекции гидронефроза оценивались по анатомо-функциональному состоянию сохраненной почки, которое указывает на незначительные преимущества при формировании широкого пиелoureterального анастомоза на стенте в первые три месяца жизни.

Annotation. The article describes the results of surgical treatment of 98 infants with congenital hydronephrosis in a remote postoperative period (1year). The child's age at the time of surgery was the criterion for division into groups: I group - the children operated on before the age of 3 months, II of the group - from 3 to 11 months. The results of surgical correction of hydronephrosis were evaluated on anatomical and functional state of preservation of kidney, which indicates slight advantage in the formation of a broad pyeloureteral anastomosis on the stent in the first three months of life.

Ключевые слова: врождённый гидронефроз, послеоперационный период, дети грудного возраста.

Keywords: congenital hydronephrosis, postoperative period, infants.

Введение. На сегодняшний день пороки развития мочевыделительной системы являются актуальной проблемой [3,5]. Ведущее место среди обструктивных уропатий занимает врожденный гидронефроз (ВГ). Частота его выявляемости в последние годы увеличивается в связи с широким применением антенатальной диагностики и составляет 1:500-800 новорождённых [2, 3, 4, 6, 7]. Гидронефроз – стойкое, прогрессирующее расширение чашечно-лоханочной системы почки в связи с нарушением оттока мочи в пиелоуретеральном сегменте, приводящее к постепенной атрофии почечной паренхимы [1, 4]. Прогрессирующие морфологические изменения в почках сопровождаются нарастающим нарушением функции, в связи с чем необходимо выполнять реконструктивно-пластическую операцию уже в раннем возрасте [5, 8].

Цель исследования - оценка результатов оперативного лечения врождённого гидронефроза у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ 98 историй болезни и амбулаторных карт детей, оперированных по поводу врождённого гидронефроза в отделении хирургии новорождённых с 2007 по 2011 год и находящихся в системе длительного динамического наблюдения в ОДКБ №1. Возраст детей на момент операции составил от 7 суток до 11 месяцев. По половой принадлежности мальчики составили 65,3% (64 пациента), девочки 34,7% (34 больных). Левосторонний гидронефроз обнаружен у 63 (64,3%) детей, правосторонняя локализация аномалии – у 34 (34,7%) больных, двусторонний гидронефроз был обнаружен у 1 ребенка.

Пациенты разделены нами по возрастному критерию на две группы: в I группу включены 38 (37,8%) детей, оперированных по поводу ВГ в возрасте до 3 месяцев. Во II группу вошли дети, оперированные в возрасте от 3 до 11 месяцев - 60 детей (61,2%).

Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel.

Результаты исследования и их обсуждения

До операции всем детям было проведено полное обследование, включающее лабораторные и инструментальные исследования. Для оценки анатомо-функциональных изменений аномальной почки выполнены: экскреторная урография с целью определения нарушения экскреторной функции почки; микционная цистография для исключения пороков и заболеваний мочевого пузыря и уретры; динамическая реносцинтиграфия (ДРСГ) для оценки степени нарушения секреторной функции почки; ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря с целью определения компрессии паренхимы и дилатации чашечно-лоханочной системы, магнитно-резонансная томография (МРТ).

При проведении микционной цистографии наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса диагностировано у 7 (18,4%) детей в I гр. и у 2 (3,3%) больных во II группе.

Магнитно-резонансная томография, проведенная 4 (10,5%) пациентам I

гр. и 6 пациентам(10%) II группы, позволила оценить уродинамику, уровень обструкции в раннем постнатальном периоде и имела большой вклад для определения тактики оперативного лечения.

По результатам экскреторной урографии нарушение экскреторной функции почки тяжёлой степени в I гр. определяется у 35 (92,1%) детей, отсутствие функции обнаружено в 7,9% (3 пациента). Во II гр. отсутствие функции поражённой почки обнаружено в 5% (3 пациента), нарушение экскреторной функции тяжёлой степени диагностировано у 57 (95%) больных.

Проведённая ДРСГ позволила диагностировать степень нарушения секреторной функции почек, что являлось решающим диагностическим критерием для определения тактики оперативного лечения. В I гр. у 37 (97,4%) пациентов обнаружено нарушение секреторной функции тяжёлой степени, и только у 1 больного (2,6%) диагностировано отсутствие функции почки. Во II гр. у 53 (88,3%) детей обнаружено нарушение секреторной функции тяжёлой степени тяжести, в остальных случаях отмечалось нарушение секреторной функции почки средней степени.

По данным УЗИ проводилась оценка дилатации чашечно-лоханочной системы и толщины паренхимы, для определения степени гидронефроза, согласно классификации SFN.

До операции в I гр. количество пациентов с увеличением передне- заднего размера лоханки до 10 мм составило 5 больных (13,2%), расширение от 10 до 20 мм выявлено у 12 пациентов, что составило 31,6%, дилатация в пределах 20-30 мм определена у 10 больных (26,3%), размеры лоханки в пределах 30-40 мм диагностированы в 18,4% (7 больных), выраженная дилатация более 40 мм определена у 4 больных (10,5%). При оценке толщины паренхимы у 20 больных (52,6%) отмечалось выраженное истончение кортико-медуллярного слоя < 5 мм, в остальных случаях толщина паренхимы почки находилась в пределах от 5 до 10 мм.

Во II гр. толщина паренхимы < 5 мм обнаружена в 25% случаев(15 пациентов), от 5 до 10 мм у 35 детей(60%). У 10 человек(15%) толщина паренхимы превышала 10 мм. Передне-задний размер лоханки в пределах 10 мм выявлен только у 5 пациентов, что составило 8,3%, увеличение размера от 10 до 20 мм обнаружено в 56,7 % случаев(34 пациента), дилатация от 20 до 30 мм наблюдалась у 16 детей(26,7%), от 30 до 40 мм у 3 детей, что составило 5% и размеры превышали 40 мм в 2 случаях(3,3%).

Учитывая данные обследования, всем больным было проведено оперативное вмешательство – формирование пиелоуретерального анастомоза на стенте. Удаление стента осуществлялось через 1-1,5 месяца.

Результаты оперативного лечения оценивались на основе данных ультразвукового исследования почек и динамической реносцинтиграфии.

УЗИ контроль органов мочевыделительной системы через 6 месяцев от оперативного вмешательства проведен 32 пациентам(84%) первой группы и 48 больным(80%) второй группы. Через год число обследованных I гр. - 23 ребенка

(60,5%), II гр. - 42 пациента (70%). Результаты послеоперационного восстановления анатомического строения почки представлены в таблице.

В обеих группах количество пациентов с истончением паренхимы менее 5 мм уже через 6 месяцев уменьшается до нуля. Через 1 год в 50% (13 больных) случаев I гр. наблюдается увеличение кортико-медуллярного слоя более 10 мм. Во II гр. число таких пациентов увеличилось до 46,2% (18 пациентов). В остальных случаях обеих групп толщина паренхимы находилась в пределах от 5 до 10 мм.

Таблица

Мочевыделительная система через 1 год после оперативного лечения

Срок после операции	I группа			II группа		
	Толщина паренхимы почки					
	< 5 мм	5-10 мм	> 10 мм	< 5 мм	5-10 мм	> 10 мм
6 мес	0	67,70%	32,30%	0	55,10%	44,90%
1 год	0	50%	50%	0	53,80%	46,20%
	Передне-задний размер лоханки					
	< 10 мм	10-20 мм	>20 мм	< 10 мм	10-20 мм	>20 мм
6 мес	35,50%	54,80%	9,70%	28,60%	63,30%	8,10%
1 год	53,80%	38,50%	7,70%	41%	51,30%	7,70%

Через год дилатация лоханки более 20 мм наблюдается в 7,7% случаев как в I гр., так и во II гр. Количество пациентов с передне-задним размером лоханки в I гр. увеличивается в 4,1 раз, во второй группе число таких детей увеличивается в 4,9 раз (рисунок).

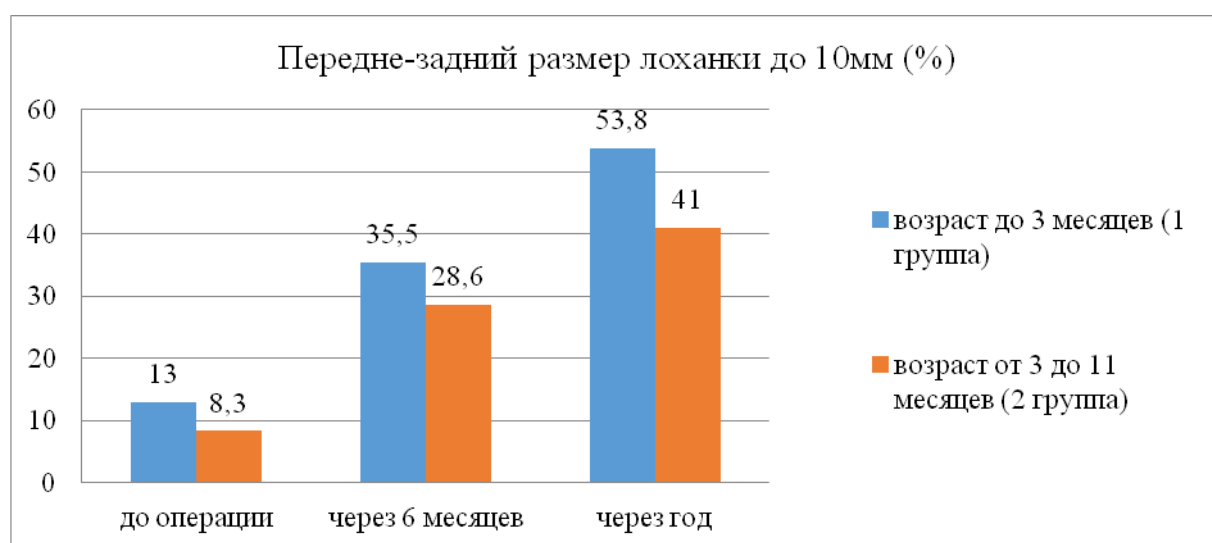


Рис. Нормализация возрастных показателей передне-заднего размера лоханки почки в течение первого года послеоперационного периода

Динамическая реносцинтиграфия проведена через год 5 (13, 1%) детям I гр. и 5 (8,3%) больным II гр. Нарушение секреторной функции почки отмечено у одного пациента I гр. У остальных больных обеих исследуемых групп, секреторная функция почки в норме.

Выводы:

1. Оперативное лечение по поводу врождённого гидронефроза показано уже на первом году жизни ребенка, так как данные инструментальных обследований указывают на нарушение функций со стороны почки;

2. Эффективность органосохранной оперативной коррекции врожденного гидронефроза в виде улучшения возрастных анатомо-функциональных показателей аномальной почки наблюдается в обеих группах исследования;

3. Несмотря на незначительную разницу в результатах оперативного лечения врожденного гидронефроза в обеих группах, оценка отдалённого послеоперационного периода указывает на прогрессию восстановления анатомо-функционального состояния почки у детей I группы (оперированные до 3 месяцев жизни).

Литература:

1. Ахмедов Ю.М. Прогноз исхода врожденного гидронефроза у детей / Ю.М. Ахмедов, Д.Д. Курбанов, Ф.Ш. Мавлянов // Педиатрическая фармакология. - 2011. - №1. - С.108-111.

2. Врублевский С.Г. Прогноз и лечение гидронефроза у детей/С.Г. Врублевский, А.И. Гуревич, Э.С. Севергина [и др.] // Детская хирургия. - 2008. - №6. - С.28-31.

3. Доржиев Б.Д. Особенности диагностики и лечения врожденного гидронефроза у детей/ Б.Д. Доржиев, В.В. Мантатов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2011. - №4. - С.59-62.

4. Ефимова В.И. Эндохирургическая пиелопластика при гидронефрозе у детей / В.И. Ефимова, С.Г. Врублевский, Н.А. Аль-Машат // Детская хирургия. - 2012. - №6. - С.45-48.

5. Оношко В.Ф. Функционально-морфологическое сопоставление различных стадий гидронефроза / В.Ф. Оношко, О.А. Гольдберг, С.А. Лепехова [и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2010. - №6. - С.182-186.

6. Портнягина Э.В. Морфофункциональные изменения почек при врождённом гидронефрозе у детей / Э.В. Портнягина, В.А. Юрчук, С.В. Титова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. - 2011. - №5. - С.27-30.

7. Ростовская В.В. Диагностика нарушений тубулярных функций почки при гидронефрозе у детей первых лет жизни / В.В. Ростовская, К.М. Матюшина, И.В. Казанская [и др.] // Детская хирургия. - 2012. - №4. - С.6-12.

8. Смирнов И.Е. Радионуклидные исследования структурно-функционального состояния почек при гидронефрозе у детей / И.Е. Смирнов, И.Н. Хворостов, О.В. Комарова // Российский педиатрический журнал. - 2013. - №3. - С.7-13.