

3. Призенцов А. А. Желчнокаменная болезнь: состояние проблемы / В.М.Лобанков, А. Г.Скуратов // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – С. 39-44.

4. Тарасенко С.В. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни / С.В.Тарасенко, О.В.Зайцев, Д.О.Тюленев // Наука молодых. – 2018. – №2.– С. 218-224.

УДК 616.613-007.63.

Чудинова Е.А., Мельникова С.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПО МЕТОДУ ХАЙНЦ-АНДЕРСЕНА-КУЧЕРЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра детской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Chudinova E.A., Melnikova S.A.

THE EFFECTIVENESS OF PIELOPLASTICS BY METHOD HEINZ-ANDERSEN-KUCHERS IN CHILDREN WITH HYDRONEPHROSIS IN THE NEONATAL PERIOD

Department of pediatric surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: katerina.tchudinova.97@mail.ru

Аннотация. В данной статье проведена оценка эффективности пиелопластики по методу Хайнц-Андерсена-Кучеры у доношенных новорожденных детей с диагнозом врожденный гидронефроз, рожденных в период с 2015 по 2018 годы, находившихся на лечении в ОДКБ г.Екатеринбург. Оценке подверглись результаты УЗИ, ультразвуковой доплерографии сосудов почек, микционной цистографии, динамической скintiграфии, гистологии операционного биоптата.

Annotation. In this article we evaluated the effectiveness of pyeloplasty by method Heinz-Andersen-Kuchers in full-term newborn infants with diagnosis hydronephrosis born in the period from 2015 to 2018 under observation in clinic ODKB, Ekaterinburg. We analyzed the results of ultrasound, ultrasound dopplerography of kidney vessels, micturation cystography, dynamic scintigraphy, histology of the operating biopsy.

Ключевые слова: гидронефроз, новорожденные, пиелопластика.

Key words: hydronephrosis, newborn infants, pyeloplasty.

Введение

Гидронефроз – прогрессирующее расширение лоханки и чашечек, возникающее вследствие нарушения оттока мочи в области лоханочно-мочеточникового сегмента, что, в конечном итоге приводит к необратимым изменениям в паренхиме и прогрессивному снижению функции пораженной почки[1,2].

Важнейшим методом в диагностике врожденного гидронефроза является УЗИ. Основным критерием диагностики Society for Fetal Urology (SFU) является переднезадний размер лоханки. ПЗР 12 мм (норма ПЗР = 5 - 7 мм) при рождении должен рассматриваться как отклонение от нормы. При нарастании степени дилатации (ПЗР > 15 мм) и/или снижения функции почки требуется хирургическое лечение[1,3,4]. Вторым важнейшим исследованием является динамическая нефросцинтиграфия. Необходимость ее выполнения связана с невозможностью оценить функциональное состояние почки на стороне поражения и степень выраженности обструкции на основании только ультразвукового исследования[2]. Целесообразность выполнения микционной цистографии связана с тем, что у детей с обструкцией пиелoureтерального сегмента возможно наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса[2].

“Золотым стандартом” оперативного лечения гидронефроза является пластика пиелoureтерального сегмента по Хайнц-Андерсену-Кучере[2,3]. Такая операция включает резекцию изменённого участка лоханки, пересечение мочеточника ниже места обструкции, формируя пиелoureтеральный анастомоз на большом протяжении, что обеспечивает надежность фиксации[2]. Эта операция может быть выполнена как открытым, так и малоинвазивным способом[2,4].

Цель – оценка эффективности пиелоластики по методу по Хайнц-Андерсена-Кучеры у новорожденных детей с врожденным гидронефрозом.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 23 медицинских карт стационарных больных (ф.№003/у) новорожденных с врожденным гидронефрозом в период с 2015-2018 год на базе отделения хирургии новорожденных ГАУЗ СО ОДКБ г. Екатеринбург. Тип исследования случай-контроль. Анализ полученных данных проводился с помощью статистического метода исследования в программе Microsoft Office Excel. Различия признаны достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Группу оперированных составили 20 новорожденных с массой тела от 2530 г. до 4580 г., рожденных от матерей в возрасте от 24-39 лет. На долю мальчиков приходилось 60% (n=12 новорожденных), доля девочек составила 40% (n=8 новорожденных). Из них в 83% случаях(17)

был диагностирован односторонний гидронефроз, из них: слева — 59% случаев(10), справа - 41% (7), на долю двухстороннего гидронефроза приходилось 17% (3). Всего в анализируемую группу было включено 23 почки.

Гидронефроз у плода в 65% (13) случаях диагностировался на третьем скрининговом УЗИ (с 30 недели гестации). На втором скрининговом УЗИ (с 20-24 недели гестации) в 35% (7).

Всем пациентам в постнатальном периоде было выполнено УЗИ почек: ПЗР лоханки составлял от 10 мм до 20 мм в 48% (11) случаев, от 20 мм до 30 мм в 39% (9) случаев и от 30 мм и выше в 13% (3) случаев. При проведении динамической нефросцинтиграфии в 100% случаев было выявлено нарушение уродинамики тяжелой степени. У 35% (8) проба с лазиксом дала положительный результат, в 65% (15) – отрицательный. У двух пациентов с левосторонним гидронефрозом была диагностирована дисплазия правой почки. У одного новорожденного с двухсторонним гидронефрозом выявлено сморщивание правой почки. Правая почка не визуализировалась в двух случаях у пациентов с левосторонним гидронефрозом. Снижение накопительной функции почек легкой степени наблюдалось в двух случаях. Снижение суммарной секреторной функции канальцев почек выявлено у 35% (8) пациентов. При

ультразвуковом доплерографическом исследовании васкуляризация почек у 65% (15) пациентов не нарушена, у 26% (6) наблюдалось незначительное снижение, у 9% (2) выявлено выраженное снижение васкуляризации почек. В 96% (22) случаев диагностировано повышение периферического сосудистого сопротивления на уровне устья. При микционной цистографии у одного пациента был диагностирован пузырно-пупочный свищ (урахус); пузырно-мочеточниковый рефлюкс не был выявлен ни у одного пациента.

Всем пациентам были выставлены показания к операции. Выполнялась открытая пиелопластика по методу Хайнц-Андерсона-Кучеры. Интраоперационно диагностировано в 87% (20) сужение подлоханочного сегмента мочеточника, в 9% (2) – эмбриональные спайки, в 4% (1) – aberrантный нижнеполярный сосуд. При пиелопластике у данной категории больных в 93% (21) случаев использовалось внутреннее дренирование с помощью мочеточникового стента 3 fr/ch 8 см., наружное 7% (2) с помощью силиконового катетера 4 fr/ch. По результатам гистологического исследования биопсийного (операционного) материала в 96% случаев наблюдалось неравномерное утолщение стенки мочеточника, в стенке ткани склероз, отек, фрагментация и дискоординация мышечных волокон.

На следующий день после операции пациентам был проведен УЗИ-контроль: у 4% (1) произошло восстановление ПЗР лоханки до нормы, так как причиной гидронефроза являлся aberrантный сосуд, у остальных пациентов в 70% (16) ПЗР составлял от 10 мм до 20 мм, а у 26% (6) от 20 мм до 30 мм. Все

пациенты после операции были выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап наблюдения специалистами по месту жительства.

При проведении УЗИ мониторинга пациентов после пиелопластики через 3 месяца после удаления стента в 30% (7) ПЗР лоханки был в пределах нормы, а через 12 месяцев в 61% (14). Обострения пиелонефрита наблюдалось лишь у 1 ребенка с кистозной дисплазией почек.

Вывод

1. Эффективность антенатальной диагностики гидронефроза повышается на третьем скрининге УЗИ в 1,9 раза.

2. Самой частой причиной гидронефроза у 87% (20) новорожденных является изменения стенки мочеточника и лоханки в области пиелoureтерального сегмента.

3. В 96% при гистологическом исследовании биоптата выявляется неравномерное утолщение стенки мочеточника, в стенке ткани склероз, отек, фрагментация и дискоординация мышечных волокон.

4. Восстановление ПЗР лоханки диагностировано у 61% (n=14) новорожденных в течение 12 мес. послеоперационного наблюдения.

Список литературы

1.Аляева Ю.Г. Российские клинические рекомендации «Урология» / П.В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкар. // Москва. — 2017. — с. 61-75.

2.Коган М.И. Этюды диагностики и хирургии гидронефроза / Сазонов В.В. – Ростов н/Д: ИП Попов К.Р., 2019.- с. 99-104.

3.Левитская М.В. Модель оказания урологической помощи новорожденным и детям раннего возраста / Л. Б. Меновщикова, О. Г. Мокрушина, Е. В. Юдина // Вестник современной клинической медицины Т.6. – 2013. – №6 – с. 40 - 44.

4.Меновщикова Л.Б. Клинические рекомендации по детской урологии-андрологии // Издательский дом «УроМедиа» // Москва. – 2015. – с. 9-21.

УДК 616.348-089.85

Шевнин П. А., Винокурова Н.В.

ТОТАЛЬНАЯ И СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Shevnin P.A., Vinokurova N.V.

TOTAL AND SUBTOTAL COLECTOMY IN CHILDREN

Department of pediatric surgery

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation