

РОЛЬ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Д. А. Жукова, Н. В. Бурченкова, Г. Н. Румянцева

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава
России*

Цель исследования: изучить результаты лечения детей с врожденным гидронефрозом (ВГН).

Материалы и методы: за период 1994-2016 гг. в урологическом отделении ДОКБ г. Твери наблюдались 285 детей с ВГН. Левосторонний ВГН диагностирован у 178 больных (62,5 %), правосторонний – у 95 (33,3 %), двухсторонний – у 12 (4,2 %). По степеням ВГН пациенты распределены следующим образом (классификация Society of fetal urology): 1–2 ст. – 23 (8 %) больных, 3 ст. – 203 (71 %), 4 ст. – 59 (21 %). Пластика по Хайнес-Андерсену-Кучеры проведена 200 больным, нефрэктомия - 56, внутреннее дренирование почки - 17, в качестве предоперационной подготовки – 27, в послеоперационном периоде – 24 пациентам. Гистологическому исследованию подвергнуто 192 резецированных прилоханочных сегмента. Основные выявленные причины расширения чашечно-лоханочной системы: стеноз прилоханочного сегмента мочеточника - 195 (85 %) пациентов, добавочный нижнеполярный сосуд – 31 (13,5 %), высокое отхождение мочеточника - 3 (1,5 %).

Результаты: положительный результат бужирования прилоханочного сегмента с последующим стентированием достигнут у 5 детей: у 3 пациентов до 1 года сокращение ЧЛС до пиелоектазии, у 2 детей с гидронефрозом 2 степени до гидронефроза 1. Осложнения стентирования зафиксированы в виде обострения пиелонефрита (5 пациентов), которое наблюдалось неоднократно и протекало наиболее тяжело у детей, имеющих признаки внешней и висцеральной стигматизации. Были найдены следующие морфологические изменения: пиелит, уретерит - 26 (13,5 %) случаев; фиброз с мышечной дисплазией – 57 (29,7 %); склероз - 109 (56,3 %). В первом случае выбрана тактика лечения в виде малоинвазивных вмешательств с терапией дозревания; во втором морфологические данные оправдывают правильность выбранной тактики – резекцию пиелoureтерального сегмента с уретеропиелопластикой по Хайнес-Андерсену. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Под хорошим подразумевалось сохранность почечной паренхимы и эвакуаторной способности, ремиссия пиелонефрита, который наблюдался после операции

Хайнес-Андерсена-Кучеры - в 64 % случаях; после операции Хайнес-Андерсена-Кучеры в сочетании с пред- и послеоперационным стентированием в 75,5 %; бужирования прилоханочного сегмента с последующим стентированием как самостоятельного метода - 29 %.

Заключение: операция Хайнес-Андерсена-Кучеры до настоящего времени является методом выбора. Обнаружение морфологических изменений в лоханочно-мочеточниковом сегменте (ЛМС) в виде фиброза и склероза оправдывает применение резекционных методик. Нахождение воспалительных изменений в ЛМС в виде пиелита и уретерита является объективным обоснованием для использования бужирования прилоханочного сегмента с последующим его стентированием для детей младшей возрастной группы.