

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ГИДРОНЕФРОЗА И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ

Врублевский С.Г.¹, Врублевская Е.Н.¹, Врублевский А.С.¹,
Оганесян А.А.², Валиев Р.Ю.¹, Ахметжанов И.С.¹

¹ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Успешные результаты первичных резекционных пиелопластик у детей составляют 94–95%. Вместе с тем в 5–6% случаев восстановления проходимости лоханочно-мочеточникового соустья (ЛМС) не наблюдается. Мы проанализировали причины неудовлетворительных исходов операций и меры профилактики подобных осложнений.

Цель исследования. Профилактика нарушения проходимости и рецидива гидронефроза после пиелопластики у детей

Материалы и методы. За период с 2010 по 2020 г. авторами были выполнены реконструктивные лапароскопические и ретроперитонеальные пиелопластики у 300 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Причем при гидронефрозе удвоенной почки реконструктивные операции проведены у 4 пациентов, при гидронефрозе с тазовой дистопией почки — у 2 детей, подковообразной почки — у 5. Повторные пиелопластики при рецидиве гидронефроза — у 10 пациентов, ретрокавальном мочеточнике — у 1 ребенка. Пластика пиелоуретерального сегмента осуществлялась по методике Hynes-Anderson. При выполнении пиело-уретерального анастомоза использовался непрерывный шов (монофиламентная нить 6/0). Предпочтение в дренировании коллекторной системы почки отдавалось использованию Double-J-стента, устанавливаемого интраоперационно антеградно, за исключением случаев невозможности проведения катетера-стента. В подобных ситуациях использовалась пиелостома в 29 случаях.

Результаты. Нарушение проходимости анастомоза отмечено в 12 случаях после удаления системы катетер – стент и пиелостомического дренажа — у 2 пациентов. Восстановление проходимости после повторного стентирования достигнуто у 4 пациентов. Анализ рестенозирования пиелоуретерального анастомоза установил, что причинами нарушения проходимости являлись: нерадикальность резекции измененного лоханочно-мочеточникового соустья — у 5 детей, нарушение техники вмешательства — у 4, иные факторы — у 1 ребенка. Нарушение техники вызвано: грубым обращением с анастомозируемыми тканями, избыточное и неоправданное использование электрокоагуляции, натяжением тканей в зоне анастомоза, негерметичностью линии швов (мочевые затеки), неадекватное дренирование чашечно-лоханочной системы или отказ от него после операции.

Заключение. Выбор метода устранения обструкции ЛМС при рецидиве гидронефроза должен определяться причиной его возникновения. Использование лапароскопического доступа при рецидиве считаем возможным и приоритетным при условии соответствующих профессиональных навыков хирурга. Трансперитонеальный доступ позволяет в большинстве случаев идентифицировать причину рецидива гидронефроза и восстановить проходимость ЛМС. Обязательным является стентирование анастомоза при выполнении повторной операции. Предпочтение отдаем системе внутреннего дренирования.