

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Захаров А.И.¹, Коварский С.Л.¹, Текотов А.Н.¹, Меновщикова Л.Б.¹, Склярова Т.А.²,
Соттаева З.З.¹, Петрухина Ю.В.², Струянский К.А.², Агеева Н.А.²

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

Материалы и методы. За последние 10 лет, с 2011 по 2021 гг., разобщающая пиелопластика выполнена 1073 детям, в возрасте от 1 мес. до 17 лет 11 мес.

Результаты. Полученные осложнения, условно можно разделить на 2 группы. К первой группе относятся осложнения, непосредственно не связанные с техникой операции и достаточно легко купирующиеся. Гематурия после операции. На фоне инфузионной терапии ликвидируется самостоятельно в течение до 5 сут. Микрогематурия (в микроскопии осадка до 50 эритроцитов) возможна на фоне стояния мочеточникового стента. Специального лечения не требует. Показано ограничение физической нагрузки, уросептическая терапия и увеличение диуреза. Инфекция мочевыводящих путей при длительном ношении мочеточникового стента, более 3 мес., возникла у 157 пациентов (14,6%). Антибактериальные препараты цефалоспоринового ряда 2–3-го поколения или аминогликозидов 2-го поколения, инфузионно-детоксикационной терапии, с последующим удалением стента купировали воспалительный процесс. Образование конкремента на лигатуре внутри лоханки — 1 (0,09%) случай. После проведения дистанционной литотрипсии рецидива литиаза не было. Инкрустация внутреннего стента отложениями солей — 10 (0,93%). Необходимо удаление стента. Для предупреждения данного осложнения требуется соблюдение диеты и питьевого режима, поддержание pH мочи в определенном диапазоне. Вторая группа осложнений, в основном, возникала на этапе освоения методики, а также связаны с нарушением техники операции и послеоперационного ведения больных. Послеоперационные троакарные дефекты апоневроза в околопупочной области — 3 (0,28%) случая. Лечение в плановом порядке — ушивание дефекта апоневроза. Эвентрация пряди сальника после удаления страховочного дренажа из брюшной полости после лапароскопической пиелопластики у 5 больных. У 4 из них удалось сразу с помощью пуговчатого зонда вправить прядь сальника в брюшную полость, а 1 больного пришлось оперировать вследствие подпая сальника к брюшной стенке. У одного пациента с двойным дренированием — нефросотомический дренаж и внутренний мочеточниковый J-J-стент — при удалении нефростомической трубки был извлечен и внутренний стент, что потребовало его повторной установки. Во избежание таких осложнений при удалении нефростомических дренажных трубок мы используем цистоскопическую фиксацию пузырного завитка стента. У 8 детей возникла несостоятельность пиелоуретероанастомоза. Осложнение ликвидировано во время лапароскопии, санации и дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, наложение пиелостомы. В связи с возможностью развития такого грозного осложнения мы рекомендуем применять трансмезентериальный доступ, а не протяженную мобилизацию толстой кишки для доступа к прилоханочному сегменту мочеточника. При трансмезентериальном доступе мочевой затек локализуется забрюшинно и дренирование его более адекватно, чем при мобилизации толстой кишки, при которой может возникнуть мочевой перитонит. Стеноз анастомоза после лапароскопической пиелопластики сформировался у 14 детей.

Заключение. Мы связываем возникновение рецидива с недооценкой длины патологического участка мочеточника и, как следствие, с неадекватностью резекции его прилоханочного отдела. Повторная лапароскопическая пиелопластика ликвидировала обструкцию и нормализовала уродинамику.