

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА

Бибенина А.А.¹, Мокрушина О.Г.^{1,2}, Левитская М.В.²,
Шумихин В.С.^{1,2}, Ерохина Н.О.²

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

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

Обоснование. Гидронефроз — часто диагностируемая аномалия мочевыделительной системы. Стеноз прилоханочного отдела мочеточника становится наиболее частой причиной гидронефроза у детей грудного возраста. Гидронефроз тяжелой степени составляет 30 % данной патологии и требует дифференцированного подхода и этапного лечения.

Цель: оценить функцию и резервные возможности почечной паренхимы до проведения реконструктивно-пластической операции и в отдаленном послеоперационном периоде.

Методы. В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2012 по 2020 г. было пролечено 170 детей первого года жизни с IV степенью гидронефроза (классификация Open, 2006). Возраст детей был от 3 дней до 8 мес. Все дети разделены на 2 группы: 1-я группа — с предварительным отведением мочи (55 человек, 33 %), 2-я группа — без предварительного отведения мочи (115 человек, 67 %). Критерии отбора: уменьшение толщины паренхимы менее 5 мм, расширение лоханки более 25 мм, выраженное угнетение кровотока, повышение индекса резистентности. В связи с критическим расширением лоханки и сдавлением ткани почки на момент поступления, для оценки резервных возможностей почки у детей 1-й группы первым этапом проводилось отведение мочи с помощью установки пункционной нефростомы. Длительность дренирования составила в среднем 40 дней, эффективность была в 98 % (54 случая). У 8,9 % детей выявлены необратимые изменения почечной паренхимы, что потребовало проведения органосохраняющей операции. Лапароскопическая пиелопластика у детей обеих групп проводилась трансперитонеальным доступом с резекцией лоханочно-мочеточникового сегмента и дренированием собирательной системы почки.

Результаты. Результаты оценивались по следующим критериям: восстановление уродинамики, восстановление функции почечной паренхимы, оценка инфекционных осложнений. У детей 1-й группы (предварительное отведение мочи) темпы сокращения лоханки на 13 % превышали данные 2-й группы. Увеличение прироста паренхимы и темпов восстановления кровотока также превалировали у детей 1-й группы. Функциональное состояние почечной паренхимы оценивалось с помощью статической нефросцинтиграфии (^{99m}Tc-ДМСА) с оценкой количества очагов и снижения накопления радиофармпрепарата. Было отмечено, что развитие тяжелой степени нефросклероза одинаково в обеих группах, однако в анамнезе (5 лет) у детей с предварительным отведением мочи в большем проценте были проявления умеренной степени выраженности нефросклеротического процесса.

Заключение. Дифференцированный подход ведения детей с тяжелой степенью гидронефроза позволяет выявить резервные возможности почечной паренхимы и выбрать правильную тактику оперативного лечения.

Ключевые слова: гидронефроз; грудной возраст; пункционная нефростомия; нефросклероз; лапароскопическая пиелопластика.