

ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Разин М.П., Кулыгина Е.С.

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

Обоснование. Врожденный гидронефроз (ВГ) — самый распространенный обструктивный порок развития мочевой системы у детей, требующий оперативного лечения. Трудности в ведении пациентов данной категории могут заключаться помимо прочего и в необходимости комплексного послеоперационного лечения. До сих пор встречаются случаи обострения послеоперационного пиелонефрита и рецидивы основной патологии как их следствие, требующие повторных операций.

Цель: оптимизация лечебных мероприятий у детей с ВГ.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализирована медицинская документация пролеченных в Кировской областной детской клинической больнице детей 5 месяцев — 15 лет с ВГ за период 2018–2022 г. За это время было пролечено оперативно 64 пациента с данной патологией: 46 мальчиков (71,9 %) и 18 девочек. Средний возраст больных на момент оперативного вмешательства составил 7 лет ($85,13 \pm 9,44$ мес., $M \pm m$). Чаще реконструктивная операция выполнялась на левой почке — 35 (54,7 %), реже — на правой, 29. Всем больным выполнена операция Андерсона – Хайнса с использованием лапароскопического доступа. Анализировались экстенсивные и интенсивные показатели: среднее арифметическое (M), ошибка репрезентативности (m). Характеристика статистической значимости различий представлена значением критерия Стьюдента (t) и уровнем статистической значимости (p). В качестве критического уровня p выбрано значение $p < 0,05$. Статистическая обработка выполнена с помощью программных пакетов MS Excel и StatSoft Statistica 10.0.

Результаты. У пролеченных нами 64 пациентов с ВГ интраоперационно применялись различные способы дренирования верхних мочевых путей: уретеропиело(нефро)стома через зону наложенного пиелоуретерального анастомоза была установлена во время операции 19 пациентам (29,7 %), пиело(нефро)стома — 18 (28,1 %), внутренний стент типа «свиного хвоста» — 18 (28,1 %), бездренажно прооперированы 9 детей (14,1 %). Наружные дренажи удалялись в среднем через 2 нед. после операции, внутренние — через 1 мес. послеоперационного периода. Средний койко-день был невысок и колебался от 6 до 23 суток ($12,65 \pm 2,14$, $M \pm m$). Эффективность оперативного лечения была оценена нами в 93,75 %, так как рецидивы гидронефроза были зафиксированы у 4 больных (6,25 %), что потребовало повторного оперативного лечения на сроке 1–2 года после первичной операции Андерсона – Хайнса. Выявлено, что во всех случаях имело место обострение вторичного пиелонефрита после первичной операции. Одному из них устанавливалась уретеропиело(нефро)стома, 1 — пиело(нефро)стома, 1 — внутренний стент и еще 1 пациент был проведен по бездренажной методике. Результаты иммуногенотипирования этих пациентов были сопоставлены с данными HLA-диагностики больных обструктивным пиелонефритом. Выявлено, что все 4 пациента имели предрасположенность к развитию пиелонефрита (гаплотипы A2-B17; A3-B13; A11-B27), 3 — к латентному, 1 — к рецидивирующему.

Заключение. Авторы предлагают включить в стандарт обследования детей с ВГ перед операцией диагностические пробы на выявление латентных форм пиелонефрита, а при их выявлении — предоперационную санацию. Интраоперационная антибиотикопрофилактика также показана больным ВГ. Предложено определять HLA-профиль у пациентов с планируемым бездренажным выполнением операции (больные старшего возраста); при выявлении предрасположенности к обструктивному пиелонефриту от бездренажной методики лучше воздержаться.

Ключевые слова: врожденный гидронефроз; HLA-комплекс; оперативное лечение; дети.