

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТНАТАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОНЕФРОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Левитская М.В., Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Гуревич А.И.,
Юдина Е.В., Ерохина Н.О., Сергеева С.В.*

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

Цель. Прогнозировать течение развития заболевания в антенатальном периоде и периоде новорожденности.

Материалы и методы. За последние 10 лет в отделении пренатальной диагностики ДГКБ им Н.Ф. Филатова проведено 3043 консультации беременных с пороками развития МВС у плода. Гидронефроз диагностирован у 760 плодов. Консультирование проводилось дважды: 21–22 неделя и 30–34 неделя гестации. Это позволяло выявить группу плодов с критическими расширениями лоханки. С 2012 по 2019 год проведено 423 операции коррекции гидронефроза. По степени тяжести гидронефроза, по классификации SFU выделены 2 группы больных: 1 гидронефроз 3 степени. Антенатальное расширение лоханки на 28–30 неделе гестации 18–22 мм, что постнатально реализовалось в ГН 3 степени. Мальчиков 276 (81,8 %), девочек 62 (18,2 %); левосторонний 236 (70 %), правосторонний 102 (30 %). Лоханка до операции составлял $27,4 \pm 2,53$ мм, истончение паренхимы до 4–5 мм, угнетение внутриорганного кровотока, повышение индекса периферического сопротивления, снижение функции почки составило от 30–40 % (99mTc-ДМСА у детей старше 1 мес.). 2 — ГН 4 степени, 85 детей (20,5 %), 73 (85 %) из которых поступили с антенатальной диагностики и у 12 (15 %) детей критические расширения лоханки выявлены после рождения. Лоханка в 3 триместре 22 мм — 54 мм. Мальчиков 55 (64 %), девочек 30 (36 %), левосторонний 59 (69 %), правосторонний 26 (31 %). Критерии для предварительного отведения мочи: размер лоханки $38,6 \pm 5,63$, толщина паренхимы 2–3 мм, выраженное угнетение кровотока, снижение функции почки ниже 60 % (99mTc-ДМСА у детей старше 1 мес.). Возраст 4 дня — 2 мес. Предварительное отведение мочи осуществлялось путем пункционной нефростомии, под контролем УЗИ-навигационной системы 80 детям (95 %) и лапароскопической пиелостомы 3 детей (5 %). Длительность дренирования $36,2 \pm 2,44$, адекватность дренирования в 100 % случаев.

Результаты. Критериями восстановления функции почки являлись: увеличение толщины паренхимы у 78 детей (91,3 %) в 2 и более раз, улучшение кровотока: не изменен 22 ребенка (26,3 %), оставался обедненным у 63 (73,7 %) детей. По 99mTc-ДМСА: восстановление функции почки до 95 % — 46 детей (54,3 %), до 70–80 % — 39 детей (45,7 %). У 7 детей (8,7 %) отмечалось прогрессивное снижение функции почки до 85 %, отсутствовал рост паренхимы и восстановление кровотока, выполнена оргауносящая операция. Пиелопластика проводилась трансперитонеальным доступом с резекцией лоханочно-мочеточникового сегмента у 84 детей, у 1 ребенка — через брыжейку ободочной кишки. Дренирование собирательной системы почки, осуществлялось с помощью установки интраоперационно пиелостомы или высокого мочеточникового стента FR 04 длиной 10 см, с помощью цистоскопии до операции. Преимуществом внутреннего стентирования является сокращение сроков пребывания в стационаре в 2,5 раза, длительность оперативного вмешательства практически не отличается при этих видах дренирования. Эффективность оперативного лечения оценивалась по следующим критериям: динамика сокращения собирательной системы почки, темпы роста толщины паренхимы, восстановление кровотока и как показатель нормализация индексов периферического сопротивления, наличие инфекционных осложнений. В группе ГН 3 степени (наружного отведения мочи и внутреннего стентирования) восстановления толщины паренхимы имеет

одинаковую тенденцию и составляет 7–8 мм к 1 году жизни, динамика сокращения лоханки 10–11 мм, восстановление кровотока также отмечено к 1 году жизни. Продленная пиелостомия потребовалась 10 детям и составила 6 мес, в связи с плохой сократимостью лоханки. Неудовлетворительный результат получен у 3 детей (0,9 %) формирование отсроченного стеноза прилоханочного отдела мочеточника, на фоне течения воспалительного процесса.

Заключение. Дифференцированный подход в лечении гидронефроза, позволяет снизить количество органоуносящих операций и оценить резервные возможности почки. Эффективность метода составила 91,3 %. Позволяет провести коррекцию порока с применением малоинвазивных технологий в раннем возрасте.