

УДК 616.613-089

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА

О.Н. Чернецов

Рассмотрены коррекционные методы лечения стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, устраняющие основную причину гидронефроза и способствующие наиболее полному восстановлению функционального состояния почки и пассажа мочи. Отмечена зависимость результатов хирургического лечения гидронефроза от возраста, сроков и методов оперативного лечения и современных методов диагностики.

Ключевые слова: гидронефроз; лоханочно-мочеточниковый сегмент; пассаж мочи.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT HYDRONEPHROSIS

O.N. Chernetsov

The article regards correction methods and treatment in plastic urology for strictures of the ureteropelvic junction, eliminating the root cause of the disease itself and promote the most complete restoration of the functional state of the kidneys and of urine passage. Results of surgical correction of hydronephrosis depends on age, the timing and methods of surgical treatment and the modern methods of diagnosis.

Keywords: hydronephrosis; ureteropelvic junction; urine passage.

Введение. Проблема развития гидронефроза до настоящего времени остается актуальной ввиду того, что имеет место его частая встречаемость среди детей и взрослых. В современной литературе имеется немало публикаций о способах и методах оперативной коррекции при развитии гидронефроза. Однако открытым остается вопрос о состоянии верхних мочевых путей после коррекции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). Нередко происходит гибель почки, развитие почечной недостаточности, что приводит к нарушению трудоспособности и инвалидизации пациентов.

В детском возрасте гидронефроз встречается чаще у мальчиков, чем у девочек (5:2) и чаще слева, чем справа. Во взрослом возрасте отмечен рост заболевания чаще у женщин (1,5:1) и чаще справа, чем слева. Двухсторонний гидронефроз встречается реже одностороннего [1].

Из большого количества выполняемых пластических реконструктивных операций при лечении гидронефроза I–II стадии наиболее востребованными являются анастомоз пиелоуретрального сегмента по Андерсену – Хайнсу в модификации Кучера (при стриктурах ЛМС) и антевазальная пластика (при наличии добавочных нижнеполюсных сосудов почек ЛМС). При гидронефрозе III стадии проводится оргауноносящая операция – нефрэктомия [2].

В последние годы широкое распространение получила малоинвазивная эндоуретральная урология, выполняемая при помощи мочеточниковых стент-катетеров.

Целью нашей работы явилось изучение структуры заболеваемости и эффективности оперативного лечения при гидронефрозе у пациентов различных возрастных групп в зависимости от сроков оперативной коррекции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2009 по 2015 г. находилось 211 пациентов в возрасте от 9 лет до 75 лет, получавших стационарное лечение в отделениях урологии на базе Республиканского научного центра урологии при НГ МЗ КР. В представленных исследованиях не учитывались больные с калькулезным гидронефрозом. Из них 18 детей и подростков в возрасте от 9 до 16 лет, взрослых в возрасте от 17 до 30 лет – 73, взрослых старше 30 лет – 120. Лица женского пола 114 (54 %), лица мужского пола – 97 (45,9 %) больных.

С гидронефрозом I стадии наблюдалось 26 больных, с гидронефрозом II стадии – 135, с гидронефрозом III стадии – 50 больных.

Двухстороннее поражение почек отмечено у 7 больных, одностороннее – у 204 пациентов. Из них левостороннее поражение выявлено у 140 человек, правостороннее – у 71 больного.

94 пациентам произведена коррекция ЛМС по методу Андерсена – Хайнса в модификации Кучера, 39 пациентам проведена антевазальная коррекция ЛМС, 37 пациентам произведена нефрэктомия, 28 пациентам – пиелолиз-пластика по Фолею, 13 пациентам произведены уререролиз, пиелолиз и наложен стент.

Консервативное лечение получили 47 больных. Причины – отказ пациентов от операции, перевод в другой стационар, тяжесть состояния, атака пиелонефрита, ХПН. Данная категория больных получала курс комплексной симптоматической терапии. 13 пациентам произведено временное стентирование ВМП. Интраоперационное стентирование, как метод дренирования ВМП, произведен 113 больным, установлен пиелостомический дренаж 146 больным.

Исходя из собранного материала, выявлено: причинами развития гидронефроза у 94 пациентов обнаружена стриктура ЛМС, у 28 пациентов – стриктуры в/з мочеточника, у 39 пациентов – аномалия сосудов ЛМС, у 3 пациентов – аномалии взаимоотношения почек (подковообразная почка).

Расхождение до- и послеоперационного диагнозов наблюдалось у 19 больных: вазоренальный конфликт и стриктура ЛМС наблюдались у 6 больных, а у 13 пациентов – высокое отхождение мочеточника.

В раннем послеоперационном периоде проводилась антеградная пиелоуретерография с целью уточнения состоятельности анастомоза, экскреторная урография для определения функционального состояния ВМП, УЗИ и доплерография почек. При состоятельности анастомоза и отсутствии эктазии ЧЛС пиелостомический дренаж удалялся; если больным ставили стент, то удаляли его через 1 месяц после операции амбулаторно. Все больные выписывались под наблюдение уролога по месту жительства.

Отдаленные результаты исследования оценивались в сроке от 6–12 месяцев до 5–8 и более лет. Изучались клиничко-лабораторные данные, результаты УЗИ, доплерографии (размеры почки, состояние почечной паренхимы, состояние ЧЛС, результаты рено-кортикального индекса), данные экскреторной и инфузионной урографии (визуальная оценка функции почек), результаты компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

Выполнены гистологические исследования резецированных тканей ЛМС и удаленных почек.

Результаты и обсуждение. По результатам наблюдения, у 157 больных при катамнезе констатировано клиническое улучшение – исчезли жалобы, отмечавшиеся до операции. У детей и лиц молодого возраста хорошие результаты получены

у 36 больных, удовлетворительные – у 138 больных. Летальных исходов не было.

Современное комплексное исследование позволяет установить диагноз гидронефроза у 90–95 % пациентов. Лишь в 5–10 % случаев диагностика происходит интраоперационно, тогда же решается выбор оперативного лечения. Значительная часть неудачных операций при гидронефрозе объясняется несовершенством визуальной оценки проходимости мочевых путей, неправильной оценкой причин заболевания [3]. Исходя из этого, основной метод хирургической коррекции определяется интраоперационно и должен зависеть от причин его вызвавших, от анатомо-функционального состояния почек и мочеточника, стадии и длительности заболевания, возраста пациента, состояния иммунной системы организма. Однако решающее значение при выборе оперативной тактики зависит от степени атрофии почечной паренхимы [4].

Количество органосохраняющих операций в условиях РНЦУ составило 82,4 %, количество органонуносящих операций 17,5 %. После коррекции гидронефроза у детей площадь почки увеличивается вследствие естественного роста детского организма, увеличивается количество нефронов, включаются “дремлющие” нефроны [3].

Исходя из вышеуказанного (анализ клиничко-лабораторных, инструментальных и рентгеноурологических методов диагностики), прогноз оперативного лечения в большинстве случаев является положительным и зависит от степени поражения почек, почечной паренхимы, степени нарушения уродинамики и длительности воспалительного процесса.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили сделать выводы, что при своевременной коррекции обструктивных уропатий, ликвидация последних улучшает функциональное состояние почек и мочевых путей, улучшая эвакуаторную функцию, способствует росту и развитию паренхимы почки в молодом возрасте. Неудовлетворительные результаты лечения связаны с длительностью и тяжестью латентного и активного пиелонефритов, возрастной незрелостью почечной паренхимы, возрастом пациента, степенью иммунного ответа организма, степенью атрофии паренхимы почки. Установлена высокая эффективность оперативной коррекции гидронефроза, выявленного на ранних этапах его развития. Эндоурологические операции совместно с хирургическими вмешательствами расширяют возможности оказания помощи в необходимом объеме больным с гидронефрозом [3]. Высокая эффективность положительных результатов после оперативной коррекции гидронефроза свидетельствует

о патогенетически обоснованных операциях при данной патологии [4].

Литература

1. Гидронефроз: руководство по урологии / под ред. Н.А. Лопаткина. М., 2009. С. 365.
2. Колесниченко И.В. Оптимизация результатов хирургического лечения больных с гидронефрозом в различных возрастных группах: дис. ... канд. мед. наук / И.В. Колесниченко. Бишкек, 2013. 156 с.
3. Ческис А.Л. Состояние и развитие почек после оперативного лечения гидронефроза у детей / А.Л. Ческис, Э.С. Севергина, Л.В. Леонова. М., 2002.
4. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В.С. Карпенко. Киев, 2002.