

УДК 616.61-089.48 (575.2) (04)

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОНЕФРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

И.В. Колесниченко, Г.С. Чернецова

Рассматриваются результаты хирургической коррекции гидронефроза в различных возрастных группах. Приведены резекционные методики структур лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) в пластической урологии.

Ключевые слова: хирургическая коррекция; гидронефроз; лоханочно-мочеточниковый сегмент.

При выборе оптимального вида оперативной коррекции при гидронефрозе необходимо учитывать анатомо-физиологическое строение верхних мочевых путей (ВМП), их функциональное и морфологическое состояние, место локализации обтурации, этиологический фактор обструкции и состояние контралатеральной почки. При выборе корригирующих операций при гидронефрозе необходимо учитывать несколько обстоятельств: во-первых, при хорошо разработанной диагностической тактике раннее выявление причины остается невыясненным и, во-вторых, при большом количестве предложенных технологий пластической хирургии, результаты лечения могут быть неудовлетворительными [1, с. 43–46].

У некоторых больных на дооперационном этапе не удается определить вид и характер препятствия к оттоку мочи. Степень расширения лоханки может зависеть от нескольких причин: выраженности обтурации, расположения лоханки (внутри- или внепочечная), времени возникновения уропатии. Периауретрит, педункулит ограничивают перистальтические сокращения мочеточника и его расширение, способствуют растяжению мочеточника, его гипотонусу и атонии [2].

Целью нашей работы явилось изучение различных корригирующих операций при гидронефрозах лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) в различных возрастных группах и их сравнительная характеристика.

Материалы и методы исследования. В клинике Республиканского научного центра урологии и андрологии при МЗ КР в период с 2005 по 2010 г. наблюдалось 102 больных в возрасте от одного года до 45 лет с гидронефрозом I–III стадии. Оперативной коррекции подверглись все 102 пациента.

Характер обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе у обследуемых больных представлен на рисунке 1.

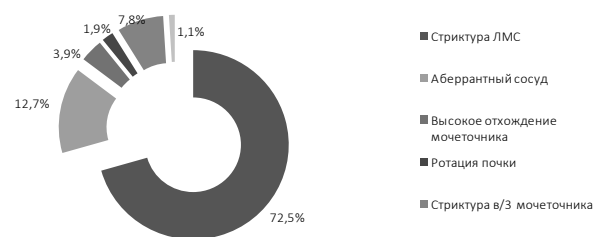


Рисунок 1 – Характер обструкции ЛМС

Нами произведены следующие операции: коррекция ЛМС по методу Андерсена – Хайнца в модификации Кучера – 53 больным (52 %), антевазальная коррекция ЛМС – 13 больным (12,7 %), нефрэктомия – 22 больным (21,6 %), уретеропиеллолиз – 13 больным (12,7 %), иссечение паравикальной кисты – одному больному (1 %).

Гистологическое исследование резецированных тканей лоханки подтвердило, что при начальных стадиях гидронефроза патологические процессы в стенке ЛМС локализуются чаще всего в мышечном слое, в меньшей мере – в подслизистой оболочке. Изменения касались гипоплазии и гипотрофии миоцитов с расслоением мышечных волокон, замещением клеток интерстициальной фиброзной тканью. При гидронефрозе III стадии мы наблюдали полную атрофию миоцитов с разрастанием фиброзно-склеротической ткани вокруг лоханки и мочеточника, что способствовало выраженному нарушению уродинамики и являлось показанием к нефрэктомии.

Анализ результатов лечения больных с гидронефрозом, подвергшимся оперативной коррекции

Таблица 1 – Результаты оперативного лечения у пациентов различных возрастных групп и количество послеоперационных койко-дней

Возраст, лет	Койко-дни послеоперационные			Результаты оперативного лечения			
	6–10 дней	11–20 дней	более 20 дней	выздоровление	без изменений	с дренажами	улучшение
1–12	8	4	1	10	1	-	2
13–18	7	6	5	14	1	1	2
19–45	15	30	26	30	12	5	24
Всего:	30	40	32	52	14	6	30

ЛМС (таблица 1), показывает, что значительная часть неудачных операций при гидронефрозе объясняется несовершенством методов диагностики, неправильным выбором тактики лечения, недостаточным оснащением операционного блока и, в том числе, отсутствием подходящего шовного материала.

У детей хорошие результаты получены у 10 больных (76,9 %), удовлетворительные – двух больных (15,4 %), неудовлетворительные – у одного больного (7,7 %) из 13 обследованных. У подростков хорошие результаты выявлены у 14 больных (77,8 %), у одного больного (5,6 %) отмечалось отсутствие эффекта от оперативной коррекции, один больной (5,6 %) выписан с пиелостомой, у двух больных (11,1 %) отмечено клиническое улучшение состояния из 18 обследованных. Из лиц старшей возрастной группы выздоровление наблюдалось у 30 пациентов (42,2 %), улучшение – у 24 пациентов (33,8 %), без улучшения выписано 12 пациентов (16,9 %), с дренажами – 5 больных (7,0 %) из 71 обследованного. Летальных исходов не было.

Результаты и обсуждение. Оценивая результаты произведенных операций, мы пришли к выводу, что при всех видах пластических операций, произведенных в детском и подростковом возрасте, получены хорошие отдаленные результаты в связи с достаточно выраженными компенсаторно-приспособительными механизмами детского организма, включением “резервных” нефронов и гладкомышечных клеток мышечной оболочки ЛМС, благодаря которым, несмотря на большую нагрузку на оперированный орган, удается сохранить положительную функциональную способность. У взрослых пациентов наблюдается лишь стабилизация пиелонефритического процесса после хирургической коррекции гидронефроза, одна-

ко при III стадии гидронефроза высок риск органонесущих операций.

Наблюдения показали, что результаты пластических операций на верхних мочевых путях (ВМП) должны оцениваться по ряду критериев: улучшение функциональной способности почки, уменьшение степени эктазии чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), улучшение эвакуаторной функции лоханки и мочеочника. Выбор методики пластической операции должен решаться строго индивидуально.

Таким образом, согласно нашим исследованиям, резекция ЛМС с наложением лоханочно-мочеточникового анастомоза (операция Андерсена – Хайнса в модификации Кучера) приводит к стойкому положительному результату с последующим более полным восстановлением функционального и морфологического состояния ВМП. Операция Андерсена – Хайнса при больших размерах лоханки, дополненная резекцией суженного сегмента благоприятно сказывается на микроциркуляции в паренхиме почки и дальнейшей уродинамике [1].

Степень функционального состояния почек, выявленная у оперированных лиц в детском возрасте сохраняются и в подростковом возрасте, и во взрослом состоянии, что свидетельствует о высокой степени сохранности компенсаторных процессов, несмотря на рост и развитие организма в целом.

Литература

1. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В.С. Карпенко // Урология. М., 2002. № 3.
2. Чернецова Г.С. Результаты лечения obstructивных уротатий : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.С. Чернецова. М., 2005. 34 с.