

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ.

**Эсембаев Б.И.¹, Усеналиев И.Ш.¹, Хасанахунов Т.А.¹, Порощай В.Н.²,
Орузбаев Б.Д.³**

Национальный центр охраны материнства и детства, г.Бишкек, Кыргызская Республика¹

Кыргызско-российский славянский университет им. Б.Н.Ельцина, г.Бишкек, Кыргызская Республика²

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, г.Бишкек, Кыргызская Республика³

Резюме. Авторами проведен анализ результатов консервативного, эндоскопического и хирургического лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей. Обследование и лечение проведено у 44 детей в возрасте от 1 до 17 лет с ОУ. Определены показания к проведению консервативного, эндоскопического и хирургического лечения врождённого порока развития. Основным способом лечения обструктивного уретерогидронефроза являлся открытый хирургический метод, составивший 75%. Определены критерии оценки результатов лечения ОУ у детей. Для определения тактики ведения и лечения детей в диагностике порока выделяют УЗИ с доплерографией сосудов и экскреторную урографию.

Ключевые слова: обструктивный мегауретер, расширение лоханки, хронический пиелонефрит, дети, консервативное, хирургическое, эндоскопическое, лечение.

DYNAMICS OF APPEALABILITY AND FUNCTIONAL STATE OF THE GONADS IN CRYPTORCHIDISM IN CHILDREN.

B.I. Esembaev¹, I. Sh. Usenaliev¹, T.A. Khasanakhunov¹, V.N. Poroshai², B.D. Oruzbaev³

National Center for Maternal and Child Health, Bishkek, Kyrgyz Republic¹

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz Republic²

City Children's Clinical Emergency Hospital, Bishkek, Kyrgyz Republic³

Resume: The aim of the study was to analyze the results of conservative, endoscopic and surgical methods of treatment of obstructive ureterohydronephrosis. We examined children aged from 1 to 17 years with OU, in the treatment of which various methods were applied: endoscopic, conservative, surgical. It was determined that conservative treatment of OU is indicated in case of functional impairment of the evacuatory function of the ureterobladder junction; endoscopic methods of OU treatment are indicated in complicated forms associated with inflammatory process or functional disorders of the kidneys to improve urodynamics of the upper urinary tract; surgical treatment is indicated in case of organic OU.

Key words: obstructive megaureter, pelvic and ureteral dilation. Conservative and surgical treatment.

ОБСТРУКТИВДУУ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАРДЫ АР КАНДАЙ ЫКМАЛАР МЕНЕН ДАРЫЛООНУН УЗАК МӨӨНӨТТҮҮ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

**Б.И. Эсембаев¹, И.Ш. Усеналиев¹, Т.А. Хасанахунов¹, В.Н. Порощай²,
Б.Д. Орузбаев³**

Улуттук эне жана баланы коргоо борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы¹

Б.Н. Ельцин атындагы кыргыз-орус славян университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы²

Шаардык балдар клиникалык тез жардам ооруканасы, Бишкек, Кыргыз Республикасы³

Корутунду: Авторлор обструктивдүү уретерогидронефроз менен ооруган балдарды консервативдүү, эндоскопиялык жана хирургиялык ыкмалар менен дарылоонун жыйынтыктарын талдашкан. 1 жаштан 17 жашка чейинки 44 бала текшерүүдөн өтүп, дарылоо жүргүзүлгөн. Тубаса кемтиктер дарылоодо кайсы учурда кайсы ыкманы колдонуу керек экени так аныкталган. Обструктивдүү

уретерогидронефрозду дарылоодо негизги ыкма катары ачык хирургиялык ыкма колдонулган (75%). Дарылоонун жыйынтыктарын баалоо үчүн атайын критерийлер аныкталган. Тубаса кемтиктери аныктап, туура дарылоо тактикасын тандоо үчүн негизги диагностикалык ыкмалар катары кан тамырларды доплерография менен УЗИ жана экскретордук урография сунушталат.

Негизги сөздөр: обструктивдүү мегауретер, лоханканын кеңейиши, өнөкөт пиелонефрит, балдар, консервативдүү дарылоо, хирургиялык, эндоскопиялык дарылоо.

Введение. Обструктивный уретерогидронефроз относится к врожденным заболеваниям, вследствие которых происходит нарушение оттока мочи с последующим расширением мочеточника, лоханки, чашечек и истончением паренхимы. Несвоевременная эндоскопическая или хирургическая коррекция порока, приводит к нарушению функции почек и в последующем к хронической болезни почек. Нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей по функциональному типу в 80-85% случаев, самостоятельно разрешается в течении первого года жизни [2,3,8]. Одним из методов диагностики обструктивных нарушений мочевыводящей системы является ультразвуковое исследование, при этом ложноположительные результаты могут достигать до 22% [7]. К функциональным нарушениям оттока мочи можно отнести увеличение лоханки при повышенной водной нагрузке, повышенном диурезе, воспалительных процессах, приеме гормональных препаратов, высоком внутрипузырном давлении, нарушении сократительной способности гладкомышечных элементов чашечно-лоханочной системы, рахите, гипотрофии, гиповитаминозах, синдроме дисплазии соединительной ткани [7,10]. Для определения степени обструкции использовалась классификация SFU рисунок 1. Обструкция в основе которого лежит анатомическое нарушение структуры, врожденные варианты нарушения морфогенеза, коррегируются только хирургическими методами [4,5,6, 9]. До сих пор, нет четкого представления о показаниях и методах лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей в зависимости от степени структурных изменений.

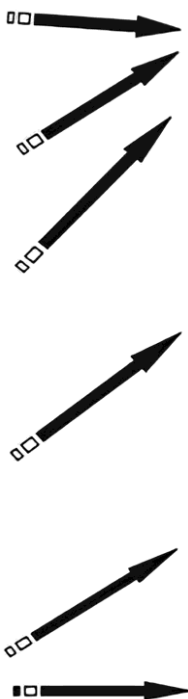
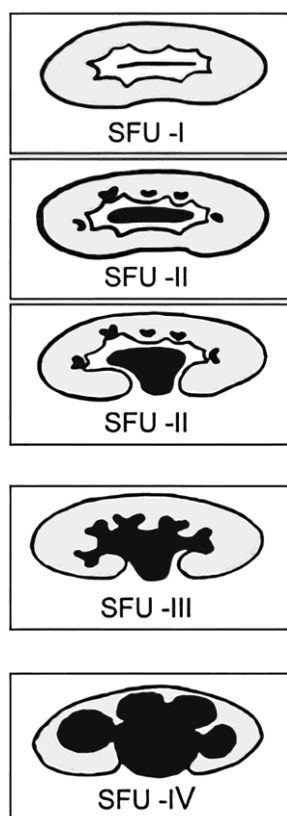
Цель нашего исследования. Провести анализ результатов консервативного, эндоскопического и хирургического лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей и определить тактику введения.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 44 детей в возрасте от 1 до 17 лет с ОУ, находившихся на лечении в отделении урологии Национального центра охраны материнства и детства за период с 2021 по 2023 гг. Распределение детей по методам лечения и половой принадлежности представлены в таблице 1.

Таблица 1. Методы лечения и половая принадлежность детей с обструктивным уретерогидронефрозом.

Методы лечения	Девочки	Мальчики
Консервативный	0	3
Эндоскопический	2	4
Первично-хирургический	9	24
Хирургический метод после эндоскопической манипуляции	1	1

классификация SFU



ONEN Альтернативная классификация

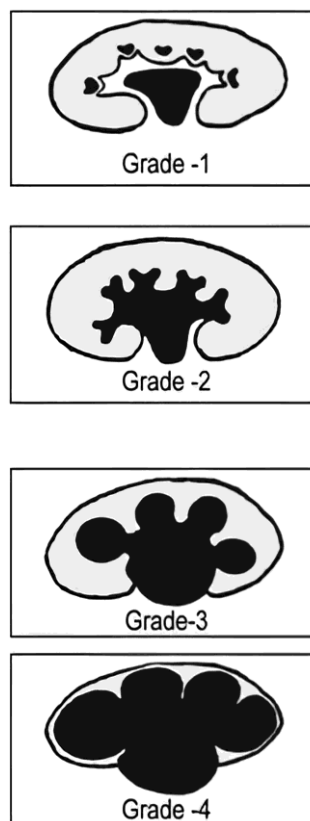


Рисунок 1. Классификацию SFU

Как видно из таблицы 1, основным методом лечения была открытая хирургическая коррекция врожденного порока, которая составила 33 (75%) из пролеченных больных, преимущественно у мальчиков 32 (72,7%). Лишь 6 –и (13,6%) пациентам в раннем возрасте, проведена эндоскопическая коррекция путём проведения стентирования мочеточника у 4-х и рассечение устья у 2-х пациентов. У одного ребенка после стентирования, потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Консервативное лечение проводилась комплексно поэтапно с последующим динамическим наблюдением. Получали лечение 3 больных, у которых диагностирован мегауретер 1-3 степени с функциональным нарушением эвакуаторной функции мочеточнико-пузырного соустья. Динамическое наблюдение осуществлялось в течении 6-12 месяцев.

Хирургическую коррекцию выполнили у 33 пациентов с обструктивным уретерогидронефрозом органического генеза, причём у 8-и детей с двух сторон. Проведены разные виды антирефлюксных операций - у 7 детей уретероцистостомия по Политано – Лидбеттера, у 9-и – по Коэну, у 11 пациентов по Лич-Грегуару. У всех детей гистологически подтверждена обструкция органического характера. Для оценки степени расширения мочеточника до и после проведенного лечения, и функционального состоянии почек, использовались данные УЗИ с доплерографическими методиками, а также общепринятые физические, лабораторные и функциональные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При оценке результатов лечения ОУ руководствовались следующими критериями: хорошие результаты – нормализация уродинамики, восстановление кортико-медуллярной дифференцировки, отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса, улучшение функции почки, уменьшение или

нормализация гемодинамических нарушений в почке, отсутствие рецидивов пиелонефрита. Удовлетворительные результаты – заметное улучшение анатомо-функционального состояния почки и мочеточника, улучшение интратрениального кровотока, редкие атаки пиелонефрита. Неудовлетворительные результаты – нарушение кортико-медуллярной дифференцировки, интратрениального кровотока, появление пузырно-мочеточникового рефлюкса, частые атаки пиелонефрита. Результаты лечения детей с ОУ на основании разработанных критериев представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей в зависимости от метода.

Результаты лечения	Методы лечения, абс. (%)			
	эндо-скопическое	хирургические		консервативное
		первично-хирургическое	хирургическое после эндоскопической манипуляции	
Хорошие	1	25	1	3
Удовлетворительные	3	8	1	0
Неудовлетворительные	2	0	0	0

Как представлено в таблице 2, при хирургическом лечении хорошие результаты получены у 25 (56,8%) и у 8 (18,2%) детей удовлетворительные. Только после выполненных операций по Линч-Грегуара у 3-х детей наблюдался пузырно-мочеточниковый рефлюкс, которым в последующем проведена эндоколлагенопластика препаратом Dexell. После эндоскопических манипуляций, оперативная коррекция порока выполнена у 2-х больных с положительным эффектом.

При эндоскопических манипуляциях (стентирование мочеточника, рассечение устья мочеточника и бужирование) из 6 больных у 1 ребенка наблюдаются хорошие, а у 3 — удовлетворительные результаты в виде улучшения уродинамики и показателей доплерографии. У 2 детей результаты оказались неудовлетворительными, и в перспективе они были оперированы. Консервативное лечение проводилось в виде комплекса медикаментозных и физиопроцедур, а также динамическое наблюдение в течение от 6 месяцев до года. У всех детей уретерогидронефроз разрешился самостоятельно.

Таким образом, показанием к динамическому наблюдению за больным, являлось расширение лоханки по классификации SFU I-II степени, умеренное увеличение ЧЛС. Передне-задний размер лоханки до 10 - 15 мм, чашечки не расширены. Диаметр мочеточника до 8-10мм. Толщина паренхимы в пределах возрастных параметров. Показатели доплерографии на дуговых артериях почки в пределах нормы R_i 60-65см/сек; P_i 1.0- 1.5см/с. При отсутствии рецидивирующей мочевой инфекции.

Показанием к эндоскопической коррекции (низкое стентирование, балонная дилатация) являлось расширение лоханки по классификации SFU II–III ст. увеличение ЧЛС передне-задний размер лоханки до 20-25 мм. Размер паренхимы не страдает или на 1-2 мм разница по сравнению со здоровой стороной. Показатели доплерографии на дуговых артериях R_i 65-70см/сек; P_i 1.5- 1.7см/сек. Диаметр мочеточника в дистальном и

проксимальных отделах больше 15мм. рецидивирующая мочевиная инфекция в течении 6 – месяцев не менее 2-3 эпизода.

Показанием к оперативному лечению послужила: 1) нарастающая дилатация верхних мочевых путей (размер лоханки ПЗР 25-30мм, дилатация мочеточника более чем 15-20мм); 2) прогрессирующая компрессия и истончения паренхимы почки с нарушением кровотока по данным ультразвукового доплерографического исследования на дуговых артериях (Ri 0,76 – 1,0см/с; Pi 1,7 и выше); 4) упорная фебрильная мочевиная инфекция [5,6,7].

Результаты проведенных гистологических исследований 30 резецированных сегментов мочеточника показали, структурные изменения выражались дисплазией мышц и избыточным развитием грубой склерозированной соединительной ткани, состоящей преимущественно из толстых коллагеновых волокон. Наблюдение после выполнения реконструктивно-пластической операции на фоне консервативной терапии, направленной на ликвидацию микробно-воспалительных осложнений, а также комплексных мероприятий, позволяющих стабилизировать функциональное состояние нижних мочевых путей и улучшить уродинамику верхних мочевых путей, свидетельствует о высоком проценте благоприятных результатов лечения больных с обструктивным мегауретером.

Заключение.

Несмотря на внедрение в практику современных эндоскопических методов лечения врожденного обструктивного уретерогидронефроза, открытый хирургический метод коррекции порока остаётся приоритетным и составил 75%. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 75% случаев.

Консервативное лечение ОУ показано, только при функциональных нарушениях уродинамики пузырно мочеточникового соустья.

Эндоскопический метод лечения требует дальнейшего качественного развития и широкого применения, так как является малоинвазивным и даёт положительный медико-социальный эффект пациенту.

Список литературы:

1. Аль-Кади К.М. Хирургическая коррекция первичных нерефлюксирующих форм мегауретера у детей. Отдаленные результаты: Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 2004; 39 с.
 2. Юшко Е.И., Строчкин А.В. Первичный обструктивный мегауретер новорожденных и детей грудного возраста – диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. Урология. 2011; (1):63-67.
 3. Gimpel C., Masioniene L., Djakovic N. et al. Complications and long-term outcome of primary obstructive megaureter in childhood. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*. 2010; 25(9):1679-1686.
 4. Merlini E., Spina P. Primary non-refluxing megaureters. *J Pediatr Urol*. 2005; 1(6):409-417.
 5. Merlini E., Rotundi F., Seymandi P., Santini L. Primary megaureter detected during the first year of life. Review of case reports in the last 10 years and analysis of prognostic factors. *Ped Med Chir*. 2002; 24(3): 220-2.
 6. Ghanmi S., Ben Hamouda H., Krichene I., Soua H., Ayadi A., Souissi M.M., et al Management and follow-up of antenatally diagnosed primary megaureters. *Prog Urol*. 2011; 21(7): 48-491.
 7. Farrugia M.K., Hitchcock R., Radford A., Burki T., Robb A., Murphy F. British Association of Paediatric Urologists consensus statement on the management of the primary obstructive megaureter. *J Pediatr Urol*. 2014; 10(1): 26-33
 8. Poliorgannyye narusheniya pri displaziyakh soyedinitel'noy tkani u detey. [Multiple organ disorders in connective tissue dysplasia in children]. *Algoritmy diagnostiki i standarty vedeniya. Proyekt rossiyskikh rekomendatsiy*. М.; 2015 (in Russian).
 9. Nagy V., Baca M., Boor A. Primary obstructed megaureter (POM) in children. *Bratislavske Lekarske Listy*. 2013; 114(11):650-656 Аль-Кади К.М..
 10. Hoquéti L., Le Mandat A., Bouali O. et al. Primary obstructive megaureters: long-term follow-up. *Progres en Urologie*. 2013; 23(7):470-473.
-