

SURGICAL INTERVENTIONS ON THE SMALL INTESTINE FOR DEVELOPMENTAL ANOMALIES OF THE ABDOMINAL CAVITY ORGANS IN CHILDREN

Key words: surgical pathology, abdominal organs, diagnosis, treatment, children.

The article presents data on the diagnosis and surgical treatment of 183 children of various age groups with congenital anomalies of the abdominal organs in 2010 - 2021. Among the nosological forms, variants of congenital intestinal obstruction predominated. Taking into account the type and character of the pathology, various operations were

formation. In 37 (20.2%) cases, laparoscopic interventions were used.

большинство хирургов стремятся использовать наименее травматичные операции, такие как малоинвазивные методики операции (эндоскопическое рассечение, баллонная дилатация стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента, уретеропиелопластика лапароскопическим)

Акилов Х.А., Ибрагимов Ж.Х.

УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с врожденным гидронефрозом за счет дифференцированного применения диагностических методов и малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 227 детей с врожденным гидронефрозом в возрасте от 3 до 15 лет на базе отделения урологии ОДМПЦ в период с 2013 по 2022 гг., Среди них мальчиков было 139 (61,2%), девочек - 88 (38,7%). Учитывая, современные принципы диагностики врожденного гидронефроза, изучив и проанализировав их, разработан алгоритм диагностики и ведения пациента с врожденным гидронефрозом, позволяющий выбрать оптимальные виды оперативного лечения с учетом выявленных изменений и соматической патологии.

Результаты. Результаты лечения оценивались по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

В настоящее время на фоне стремительного развития и внедрения современных высокотехнологичных методов, проблема врожденного гидронефроза остаётся актуальной и является сравнительно частым заболеванием мочевыделительной системы [2,5,6,11]. На долю врождённого гидронефроза приходится более 50 % от всех «обструктивных уропатий» и составляет 1:800 новорождённых, при этом заболевание характеризуется бессимптомностью течения, приводя к выраженным структурно функциональным изменениям почечной паренхимы и верхних мочевых путей, когда органосохраняющая операция уже неэффективна [1,3,8,12].

Значительный удельный вес и неоднозначность результатов лечения больных гидронефрозом, требует систематизации в тактике и лечении, накопленного за последние годы [4,7,9,10].

Это позволит обосновать выбор того или иного вида (хирургического или консервативного) лечения.

До недавнего времени выполнялись преимущественно открытые хирургические вмешательства по коррекции стриктуры пиелoureterального сегмента, но в настоящее время performed. In 6 (3.3%) cases the operation was performed without opening the intestinal lumen; in 16 (8.7%) enterotomy was performed to eliminate the causes of obstruction, 124 (67.8%) patients underwent intestinal resection with anastomosis or stoma

[1,2,7,9,10,11].

Цель работы - улучшить результаты лечения детей с врожденным гидронефрозом за счет дифференцированного применения диагностических методов и малоинвазивных технологий.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ результатов лечения 227 детей с врожденным гидронефрозом в возрасте от 3 до 15 лет на базе отделения урологии ОДМПЦ в период с 2013 по 2022 гг., Среди них мальчиков было 139 (61,2%), девочек - 88 (38,7%).

Учитывая, современные принципы диагностики врожденного гидронефроза, изучив и проанализировав их, разработан алгоритм диагностики и ведения пациента с врожденным гидронефрозом, позволяющий выбрать

оптимальные виды оперативного лечения с учетом выявленных изменений и соматической патологии.

Нами использованы следующие методы исследования: клиничко-урологический, рентгенологический, ультразвуковой - доплерографический, общелабораторный, биохимический, бактериологический. При подборе анамнестических данных особое внимание обращали на время появления первых признаков заболевания, наличие и характер болевого синдрома, температурной реакции, появление уремической интоксикации.

Степень гидронефроза устанавливалась в соответствии с классификационной ультразвуковой системой градации гидронефроза, разработанной Обществом фетальной урологии Society of fetal urology (SFU) 1993 г. В исследование вошли пациенты с 2,3,4 степенями гидронефроза, по локализации патологический процесс чаще был слева - (59,3%).

Врожденный гидронефроз по степени проявления распределился следующим образом: II-III степень - 101 (44,5%), III-IV степень - 98 (45,1%), V степень - 28 (12,3%).

На сегодняшний день основным методом в диагностике врожденного гидронефроза являются УЗИ, доплерография и внутривенная экскреторная урография. Результаты доплеровского исследования больных с I степенью гидронефроза свидетельствуют о том, что у них имеется достаточный запас паренхимы органа для выполнения органосохраняющих операций. У больных с гидронефрозом III степени интратанальный кровоток в любом положении был очень скудным, а у 12 пациентов с терминальной стадией гидронефроза со вторичным сморщиванием почки кровоток полностью отсутствовал. Некоторые данные доплеровского исследования у больных с III степенью можно рассматривать, как проявление грубых и необратимых изменений в паренхиме органа, в связи с чем 8 (3,5%) больным этой группы была проведена обоснованная операция - нефруретерэктомия. Таким образом, доплерография при гидронефротической трансформации сосудистого генеза у детей позволяет достигнуть качественной и количественной информации любого участка как здоровой, так и пораженной почки, и дать им сравнительную характеристику. При применении экскреторной урографии, у 18 (7,9%) больных обнаружена тень дефекта наполнения в зоне лоханочно-мочеточникового сегмента и расширение ЧЛС.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, позволяющие выявить причину гидронефроза и степень изменений ЧЛС и почек, использованы нами по показаниям.

При бактериологическом исследовании посева мочи практически у большей части детей с наблюдалась лейкоцитурия и протеинурия в моче в 140 (61,6%), гематурия отмечена у 24 (11,6%) больных. Активность воспалительного процесса по лабораторным данным оказалась следующей: нейтрофилез отмечен у 52 (22,9%) больных, лейкоцитоз - у 149 (65,6%), высокий СОЭ - у 123 (54,1%).

Полученные результаты стали причиной проведения у больных адекватной антибактериальной терапии и обоснованной коррекции гипопроteinемии и гипоальбуминемии.

Клиническими проявлениями обструкции в области пиелоретерального сегмента являлись нарушение функции почки у 142 (62,5%), обострения хронического пиелонефрита у 49 (21,6%), болевой синдром у 22 пациентов (9,7%), прогрессивное нарастание расширения чашечно-лоханочной системы у 14 (6,2%) пациентов.

Выбор способа оперативного вмешательства определялся после тщательного обследования, проведения клиничко-лабораторных, рентгеноурологических, сонографических исследований, радиоизотопной реносцинтиграфии.

Хирургическая коррекция врожденного гидронефроза включила следующие оперативные вмешательства: пиелопластика по Хайнц Андерсу - 112 (49,3%), лапароскопическая пиелопластика 78 (34,6%), Перкутанная эндопиелотомия 22 (9,7%), бужирование прилоханочного сегмента с последующим установлением катетера-стента на период от одного до пяти месяцев 15 (6,6%). При бужировании прилоханочного сегмента обязательным компонентом стентирования, являлась установка уретрального катетера для предотвращения пиелонефрита.

В предоперационном периоде проводилась адекватная терапия нарушенных механизмов организма: антиоксиданты (элькар, кудесан), ноотропы (пантогам, пантокальцин), витамины В.

В комплекс послеоперационного ведения больным включали комплекс инфузионную, иммуностимулирующую терапию, витамины, рассасывающие препараты, физиотерапию. Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Анализ результатов лечения за 5 лет детей с врожденным гидронефрозом подтверждает, что в

необоснованных методов лечения, а примененные методы вмешательств как ликвидируют причины гидронефроза, восстанавливает проходимость мочевых путей, сокращает объём лоханки и стабилизирует состояние ЧЛС и гемодинамику органа.

Результаты и обсуждение

Результаты лечения оценивались по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Критериями хорошего результата лечения являлись: отсутствие жалоб пациентов, отсутствие локальных изменений в области операции и обострение вторичного пиелонефрита, нормализации лабораторных данных, на УЗИ и на дуплексном сканировании восстановление гемодинамики органа и структуры ЧЛС. К удовлетворительным результатам лечения отнесены наблюдения с незначительными нарушениями функции органа, наличие обострение хронического пиелонефрита с появлением периодических болей в пояснице, наличия незначительной лейкоцитурии и протинурии, на УЗИ сохранившейся признаки I степени гидронефроза (пиелоектазия) при восстановлении функции пораженного органа. При этом перечисленные признаки поддаются консервативному лечению.

К неудовлетворительным результатам отнесены - наличие последствий болезни, таких как, наличие постоянные боли в пояснице с оперированной стороны, артериальная гипертензия, сохранившиеся признаки гидронефроза различной степени, признаки гипоплазия со сморщиванием почки. У 51 (22,5%) больных, оперированных, в динамике после хирургического лечения, при контрольном УЗИ размеры лоханки и толщина паренхимы были в

пределах возрастной нормы. При доплерографическом исследовании отмечен 176 (77,5) выраженный положительный результат в параметрах индекса резистентности.

Нами также проведен анализ длительности пребывания пациентов в зависимости от вида вмешательства. При этом длительность пребывания в стационаре после пиелопластики из разных доступов отличалась. После открытой пиелопластики среднее количество койко-дней составило 17,6 дней ($\pm 1,27$). В группе лапароскопической пиелопластики среднее количество койко-дней составило 7,5 дня ($\pm 0,56$).

Применение современных методов исследования (МСКТ, МРТ, УЗИ, эходоплерографии, нефросцинтиграфии, современные методы лабораторной диагностики) способствовало: своевременному выявлению патологии, сокращению инвазивных лучевых и эндоскопических методов исследования, снижению частоты инфицирования мочевых путей и ятрогенных осложнений, полному отказу от почечной ангиографии.

Выздоровление детей с врожденным гидронефрозом при применении разных методов оперативных вмешательств, практически не отличается и составило 98 - 99 %, что свидетельствует о высокой их эффективности.

Проведение дифференцированной тактики в пред и послеоперационном периоде позволяет свести к минимуму частоту рецидивов заболевания. В связи с этим применение профилактической адекватной антибиотикотерапии, антиоксидантной терапии, иммуностимулирующей терапии у больных до и после адекватно проведенной операции считаем обоснованной, способствующим в профилактике повторных рецидивов гидронефроза.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Газимиев М.А. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике. Р. Валент. М., 2001.
2. Аляев Ю.Г., В.Н. Журавлев. Малоинвазивные технологии при лечении урологических заболеваний. Тематический сборник. М., 2006.
3. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Адамян Р.Т., Еникеев М.Э., Чиненов Д.В. Прецизионная хирургия гидронефроза. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2008;1:74-79.
4. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Султанова Е.А., Строков А.В., Безруков Е.А. Гидронефроз. М., 2002.
5. Григорян В.А., Еникеев М.Э., Лысенко А.И., Чиненов Д.В., Крятов А.В. Регенерационная способность почки и верхних мочевых путей при позднем гидронефрозе. ВРАЧ. 2007;7:38-40.
6. Бурчёнкова, Н.В. Эволюция методов хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей. Молодежь и медицинская наука: материалы 3 межвузовской научно-практической конференции молодых учёных. ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России. 2015:45.



7. Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Мелкумова Е.Г., Картавец С.Ф., Зеброва Т.А. Анализ хирургического лечения врождённого гидронефроза у детей. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016;(12)5:799-802.
8. Рудакова Э.А., Семенов А.В., Рабаданов Г.Р., Янгарева К.А. Тактика лечения гидронефроза у новорожденных. Матер. Всесоюз. симп. детских хирургов «Хирургия новорожденных: достижения и перспективы». М. 2010:41.
9. Румянцева, Г.Н. Выбор метода лечения врожденного гидронефроза. В.Н. Карташев, А.Л. Аврасин, Н.В. Бурчёнкова, А.А. Медведев. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации. 2016:158.
10. Румянцева, Г.Н. Диагностика нефросклероза у детей, оперированных по поводу врожденного гидронефроза [Текст] /Г.Н. Румянцева, В.Н. Карташев, Н.В. Бурчёнкова, А.Л. Аврасин, //Сборник тезисов VIII Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии (6-7 апреля 2019 г.). - Москва, 2019. - С. 84.
11. Alhazmi H.H. Redo laparoscopic pyeloplasty among children: A systematic review and meta-analysis. Urology Annals. 2018. 10: 347-353.
12. Kim S.O, Yu H.S, Hwang I.S, Hwang E.C, Kang T.W, Kwon D. Early pyeloplasty for recovery of parenchymal thickness in children with unilateral ureteropelvic junction obstruction. Urol Int. 2014. 92: 473-476.
13. Икрамов, А. И., and Д. И. Ахмедова. "Баркамол авлодни шаклантиришда жисмоний тарбия ва спортнинг тиббий асослари." Тошкент, Узбекистан (2011): 147.
14. Ахмедова, Д. И., Б. Т. Халматова, and Д. Т. Ашурова. "Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста и принципы его лечения." Метод. реком.:Т (2004): 21.
15. Ahmedova, D. I. "RahimjanovSh." A. Growth and development of children. Methodical recommendation. Tashkent (2006): 3-82.
16. Хакимов, Г. А., et al. "Симбиоз химиотерапии с агрессивной онкохирургией в улучшении результатов лечения местно-распространенного рака шейки матки." Опухоли женской репродуктивной системы 1 (2016): 94-97.