

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОНЕФРОЗУ У ДЕТЕЙ

Стоян М.С., Полищук В.Д., Свекатун В.Н., Стоян А.К.

Научный руководитель: проф. Дмитриков В.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Курс детской хирургии кафедры детских болезней ФПО

Целью нашей работы было: Показать преимущества баллонной дилатации с последующим ретроградным стентированием пиело-уретерального сегмента при гидронефрозе, как метод который является альтернативой другим и дает возможность провести дифференциальную диагностику при применении дополнительных методов исследования.

Улучшить лечение гидронефроза направленное на раннее восстановление уродинамики малоинвазивными методами. Найти связь между нарушением работы почечной паренхимы и биохимическими константами крови.

Материалы и методы. Врожденные аномалии развития органов мочеполовой системы можно разделить на: недифференцированную дисплазию соединительной ткани (НДСТ), диспропорцию роста и дисфункцию созревания тканей органов мочевыводящей системы и смешанную.

При (НДСТ) применение малоинвазивных методик является лишь паллиативным методом, и дает возможность компенсировать пациента и подобрать тактику лечения. Но в случае диспропорции роста и дисфункции созревания тканей малоинвазивные вмешательства, дают возможность тканям развиваться что приводит к исчезновению клинических проявлений. Результатами нарушения выведения мочи из верхних мочевыводящих путей являются: увеличение внутрилоханочного давления, что сопровождается нарушением кровообращения и лимфодренажа в паренхиме почки. Это приводит к хронической почечной недостаточности, что со временем в свою очередь, приведет к потере органа. Поэтому необходима ранняя диагностика и коррекция данного состояния. Для этого необходимо улучшить отток мочи и дать возможность тканям дозреть что в свою очередь приведет к нормализации работы органов и тканей мочевыводящей системы.

С 2010 года в клинике детской хирургии с диагнозом гидронефроз по предложенной методике пролечено 18 детей в возрасте от 1,5 до 7 лет. После УЗИ, рентгенологического контроля и отбора: мальчиков – 10, девочек – 8, гидронефроз слева – 11, справа – 7. Исходя из классификации Н.А. Лопаткина (1978г.) больные распределились: I ст. – 3; II ст. – 13; III ст. – 2. Всем больным этой группы проводилось цистоскопия с оценкой состояния анатомических маркеров мочевого пузыря. При возможности, проводили стент возрастных параметров по общепринятой методике до лоханки соответствующей почки. При невозможности одномоментного стентирования, для калибровки и дилатации суженных участков мочеточника и ПУС использовался катетер Фогарти соответствующего размера с монотрихическим мониторингом баллонного давления. После этого попытка стентирования повторялась. Описанная процедура могла быть повторена. Стент удерживался от 1 до 4 месяцев при периодическом мониторинге состояния уродинамики скомпрометированной почки.

Повторно калибровка и стентирование ПУС проводилось у 3 детей. Невозможность стентирования наблюдалась у 3 детей с III ст. гидронефроза. Они не вошли в эту группу больных. После стентирования на 2-3 день по нормализации состояния ребенок выписывался из стационара для дальнейшего амбулаторного наблюдения. Критериями оценки состояния почек, кроме визуальных методов исследования, были клинические и лабораторные показатели. Результаты лечения отслеживались по следующим показателям: 1. Уменьшение размеров собирательной системы почки (по данным УЗИ); 2. Улучшение показателей доплерографии почки; 3. Улучшение лабораторных показателей; 4. Данных рентгенографии.

Полученные результаты. Оценка проводилась по четырех бальной системе через 1 год после начала лечения: отлично – 5; хорошо – 8; удовлетворительно – 3; неудовлетворительно – 2. Неудовлетворительные результаты были получены у детей с III ст. гидронефроза.

Выводы. 1. Эффективность предложенной методики дает право на её дальнейшее усовершенствование и использование для лечения в клинических учреждениях. 2. Малоинвазивность, использование фактора времени и малый травматизм являются преимуществом над другими методами лечения. 3. Позволяет корегировать явления диспропорции роста и дисфункции созревания, должно использоваться как первоочередное вмешательство. 4. Калибровка и ретроградное стентирование ПУС при гидронефрозе во многих случаях может быть альтернативой хирургическим методам лечения а также методом подготовки пациента для других методов лечения. 5. Определено, что нарушение работы почечной паренхимы можно определить по биохимическим константам крови.