

МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Ракевич М.В.

*УЗ «Минская областная детская клиническая больница», хирургическое
детское отделение*

METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL HYDRONEPHROSIS AND POSTOPERATIVE PREVENTION OF ACUTE PYELONEPHRITIS

Rakevich M.V.

Minsk Regional Children's Clinical Hospital, pediatric surgical department

Ведение. Обструкция пиелоуретерального сегмента (ПУС) – наиболее частая причина гидронефроза в детском возрасте. Пиелопластика по Хайнсу-Андерсону является «золотым стандартным» в лечении врожденного гидронефроза. Учитывая темпы внедрения малоинвазивных технологий в детской урологии широко внедрен в повседневную практику лапароскопическая пиелопластика, которая значительно помогает снизить частоту послеоперационных осложнений, пребывание пациентов в стационаре и дает замечательный косметический результат.

Цель. Улучшить результаты лечения детей с врожденным гидронефрозом за счет снижения инвазивности оперативного доступа, а также оптимизации дренирования мочевых путей в послеоперационном периоде и назначения поддерживающей лекарственной терапии в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В хирургическом детском отделении УЗ «Минская областная детская клиническая больница» с 2018 по 2019 год выполнена 41 пиелопластика пиело-уретрального сегмента в связи с наличием врожденного гидронефроза. Возраст детей составил от 4 месяцев до 17 лет. В 14 случаях пиелопластику осуществляли посредством люмботомии. В 27 случаях выполнялась лапароскопическая трансабдоминальная пиелопластика по методике Хайнса-Андерсона. Среднее время операций составило 150 минут (80–240 минут). Объем кровопотери был незначительный. В 61% причиной врожденного гидронефроза послужило наличие структуры пиело-уретрального сегмента, в 39% наличие дополнительных сосудов к нижнему полюсу. В 73% врожденный гидронефроз был слева, в врожденный гидронефроз 27% справа. В 95% случаев (39 пациентов) пациентам установлены внутренние мочеточниковые стенты. В 63% случаев (26 пациентов) были установлены нефростомические дренажи через нижнюю чашечку интраоперационно. Нами было отмечено, что у тех пациентов, которым не был превентивно установлен нефростомический дренаж, зачастую страдали наличием дисфункции внутреннего стента (27%) и, как следствие, обструктивным пиелонефритом,

что требовало замены дренажа в раннем послеоперационном периоде. Пациентам, которым устанавливался нефростомический дренаж дисфункции внутреннего стента и обструктивного пиелонефрита не наблюдалось. Все пациенты в раннем послеоперационном периоде получали антибактериальное лечение в виде цефотаксима в возрастной дозировке 50 мг/кг, а затем поддерживающую антибактериальную терапию в виде нитрофурантоина в дозировке 1-2 мг/кг на ночь на время стояния внутреннего стента (около 2-х месяцев). Ни у одного пациента в позднем послеоперационном периоде не наблюдалось возникновение обструктивного пиелонефрита. Контроль общего анализа мочи проводился каждые 10 дней амбулаторно. Нефростомический дренаж удалялся с 8 по 12 сутки, внутренний стент – через 8 недель после проведенного оперативного лечения, что требовало повторной госпитализации в стационар. У двоих пациентов на 2 сутки после удаления внутреннего дренажа возник обструктивный пиелонефрит, в связи с наличием рецидива гидронефроза, что послужило к установке внутреннего стента повторно и выполнения повторной пиелопластики.

Результаты и обсуждение. Выполнение лапароскопической пиелопластики, с нашей точки зрения, эффективно во всех возрастных группах до 1 года, в этой возрастной группе наиболее оправданно выполнять открытую методику лечения врожденного гидронефроза из-за малого внутрибрюшного пространства, дефицита лапароскопических инструментов для такой группы пациентов и негативного влияния пневмоперитонеума на анестезиологическое пособие. В свою очередь, лапароскопический доступ при выполнении пиелопластики зарекомендовал себя как надежный, безопасный и весьма эффективный способ, совмещающий основные принципы стандартного наложения анастомоза и великолепный косметический результат в связи с чем необходимо дальнейшее его внедрение в ранней возрастной группе пациентов.

Использование дренирования верхних мочевых путей нефростомическим дренажом и назначение длительной антибактериальной профилактики оправданно во всех группах пациентов с данной патологией, поскольку это предотвращает развитие грозного осложнения – обструктивного пиелонефрита, который негативно влияет на состояние паренхимы и зону операции.

К сожалению, наш опыт не позволяет провести большой статистический анализ и, тем более, давать рекомендации, однако, учитывая данные литературы и наш позитивный опыт, мы уверены, что лапароскопические операции станут надежным подспорьем в лечении гидронефроза у детей во всех возрастных группах.

Выводы. Выработка четких алгоритмов доступа (лапароскопического либо открытого) и дренирования ЧЛС в послеоперационном периоде, а также назначение длительной поддерживающей антибактериальной терапии, повышенный питьевой режим позволит максимально сократить время

Инфекционные осложнения в хирургии : сб. материалов XXIX пленума хирургов Республики Беларусь, Республика Беларусь, г.Островец, 21-22 ноября 2024 г.

оперативного вмешательства, улучшить результаты лечения пациентов с врожденным гидронефрозом и снизить частоту возникновения обструктивного пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде.