

ВАРІАНТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ

Д.В.Шевчук^{1,2,3}, П.І. Волошин¹, Н.М. Корнійчук²

¹-Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

²-Житомирський державний університет імені І. Франко

³-Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Гідронефроз у дітей – обструкція пієлоуретерального сегменту. Діагностується, як правило, антенатально при ультразвуковому скринінгу у близько 1,5% вагітностей. До народження близько половини випадків діагностованого гідронефрозу проходять спонтанно.

Патофізіологія гідронефрозу все ще невідома, але є мультифакторною. Можливо лише подальше молекулярне дослідження дасть змогу дати відповідь на причину гідронефрозу та шляхи його попередження. Серед причин гідронефрозу найчастіше вважається внутрішня обструкція пієлоуретерального сегменту. У близько 18,5% відмічається зовнішня обструкція судинами, які йдуть до нижнього полюсу нирки. У 30-40% хворих із симптомами ниркової коліки при гідронефрозі діагностується додаткова судина. Існує теза, що діагностований антенатально та прогресуючий після народження гідронефроз спричинений внутрішньою обструкцією, тоді як гідронефроз у дітей старшого віку, який супроводжується болем в попереку, блювотою чи гематурією, викликається наявністю додаткових судин.

Найбільш патогенетично обґрунтованим та поширеним методом лікування вродженої обструкції пієлоуретерального сегменту (гідронефрозу) у дітей є хірургічне лікування. Згідно Протоколів по дитячій урології Європейської асоціації урологів (2009), показами до хірургічного лікування гідронефрозу у дітей є зниження функції нирки на 40% (по даним радіоізотопного сканування нирок), або зниження функції на 10% за 1 рік (по даним того ж радіоізотопного обстеження), збільшення передньо-заднього розміру лоханки, або III-IV ступінь гідронефрозу (II-III ступінь у відповідності до Протоколів лікування дітей зі спеціальності «Дитяча урологія» МОЗ України).

Як правило, використовуються відкриті методи (пластика пієлоуретерального сегмента по Хайну-Андерсену та інші способи пластики). Останнім часом обговорюються ендоскопічні методи лікування, такі як антеградна та ретроградна ендопієлотомії, балонна дилатація та лапароскопічні операції. Все частіше з'являються повідомлення про застосування роботизованого обладнання для пієлопластики у дітей. Так, Olsen LH et al. (2007 р.) опублікували результати 5-річного досвіду ретроперитонеоскопічної роботизованої (система ДаВінчі) пієлопластики у 67 дітей. Середня тривалість операції становила 143 хвилини, ускладнення сягали 17,9%. Такі результати дали можливість авторам стверджувати, що дана методика співставима із трансперитонеальними роботизованими та чисто лапароскопічними методиками, а також із відкритими методами. Надзвичайно висока вартість вказаного обладнання зводить до мінімуму його широке застосування.

Однак, короткий досвід застосування не дає можливість оцінити віддаленні результати таких методів лікування, що обмежує їх використання. Довготривале спостереження за результатами хірургічного лікування гідронефрозу по методиці Хайнса-Андерсена дає можливість назвати його «золотим стандартом» в хірургії вродженої обструкції пієлоуретерального сегменту у дітей. Успішні результати застосування вказаної методики сягають за даними різних авторів 95%. В той же час, при наявності зовнішньої

обструкції (додаткові судини) ендоскопічні (ендоуретеральні) методики не показані взагалі, лише пластика піелоуретерального сегмента по Хайнсу-Андерсену (реанастомозування) спереду від судинного пучка.

Ряд авторів вказують на відсутність необхідності у стентуванні чи нефростомії при пієлопластиці у дітей. Лише у випадку труднощів із анастомозом, запальні зміни в ділянці анастомозу чи у випадку операції на єдиній нирці, існує необхідність у стентуванні сечоводу JJ-стентом. Інші ж автори відмічають переваги внутрішнього стентування сечоводу при пієлопластиці. Беззаперечною умовою для стентування є операція на єдиній нирці чи повторні операції.

Вибір за встановленням стенту чи ні як правило залежить від хірурга, хоча аналіз літературних даних свідчить про зниження проценту ускладнень після пієлопластики із використанням стентування сечоводу.

Таким чином, «золотим стандартом» хірургічного лікування гідронефрозу у дітей є пластика піелоуретерального сегменту по Хайнсу-Андерсену.

Питання дренивання сечовидільних шляхів після пластики піелоуретерального сегменту у дітей з приводу вродженого гідронефрозу повинно розглядатись виключно індивідуально, ґрунтуючись на таких орієнтовних тезах: діти раннього віку (до 2 років) – можливий «закритий» (бездренажний) спосіб, 2-7 років – «закритий» спосіб або внутрішнє стентування сечоводу (JJ-стент), діти старші 7 років – лише внутрішнє дренивання, але за умови відсутності супутньої патології міхурово-сечовідного сегменту чи вроджене звуження сечоводу.

Дискутабельним залишається питання встановлення стенту – чи встановлювати інтраопераційно цистоскопічно (ретроградно) чи інтраопераційно відкрито (антеградно), чи за деякий час до операції (з метою покращення функції нирки та зменшення запального процесу в нирці та біля ниркової клітковини). Враховуючи імовірність супутнього порушення прохідності сечоводу в його нижніх відділах – рекомендується ретроградне цистоскопічне інтраопераційне встановлення стенту, а при наявності діагностованого звуження сечоводу (труднощі проходження стенту) – виконання супутнього бужування сечоводу під оптичним контролем по провіднику.

Кожне стентування сечоводу за деякий час перед операцією повинно супроводжуватись інтраопераційним рентгенологічним контролем його стояння.