

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «МИНИАТЮРНОГО» ДОСТУПА ДЛЯ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

BOLALARDA PYELOPLASTIKA AMALIYOTI UCHUN «MINIATYUR» KESMA ORQALI KIRISH

EXPERIENCE OF USING «MINIATURE» ACCESS FOR PYELOPLASTY IN CHILDREN

Тоджиев Т.Х. - toirjontojiev@gmail.com. +998901619001
Умурзаков Ж.Ж. - jamshidibnjamoldin@gmail.com. +998916672954
Абдуллаев Ж.А. - javokhirabdullaev795@gmail.com. +998905359966
Клиника «Med Art Group», город Фергана

Аннотация. В настоящее время лапароскопическая пиелопластика становится все более популярной в детской урологии, поскольку она менее инвазивна по сравнению со стандартной открытой пиелопластикой. Однако основная критика этой методики пиелопластики у детей заключается в том, что существуют некоторые трудности с подгонкой тканей и интракорпоральным наложением швов из-за ограниченного пространства. Кроме того, длительность хирургического вмешательства является существенным недостатком лапароскопической пиелопластики, особенно у детей младшей возрастной группы. Мы провели открытую «миниатюрную» пиелопластику у ребенка с врожденным гидронефрозом с хорошими функциональными и косметическими результатами.

Ключевые слова: гидронефроз, обструкция, пиелoureтральный сегмент, пиелопластика, уропатия, пиелонефрит.

Annotatsiya. Hozirgi vaqtda laparoskopik pyeloplastika bolalar urologiyasida tobora ommalashib bormoqda, chunki u standart ochiq pyeloplastikaga nisbatan kamroq invazivdir. Biroq, ushbu pediatrik pyeloplastika texnikasining asosiy tanqidi shundaki, cheklangan joy tufayli to'qimalarni o'rnatish va intrakorporeal tikuv bilan bog'liq ba'zi qiyinchiliklar mavjud. Bundan tashqari, jarrohlik aralashuvining davomiyligi sezilarli kamchilikdir laparoskopik pyeloplastika, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda. Tug'ma gidronefrozli bolada yaxshi funktsional va kosmetik natijalar bilan ochiq "miniatur" pyeloplastika qildik.

Kalit so'zlar: gidronefroz, obstruktsiya, piyeloretal segment, pyeloplastika, uropatiya, pielonefrit.

Annotation. Nowadays, laparoscopic pyeloplasty is becoming increasingly popular in pediatric urology, as it is less invasive compared to standard open pyeloplasty. However, the main criticism of this pyeloplasty technique in children is that there are some difficulties with tissue adjustment and intracorporeal suturing due to limited space. In addition, the duration of surgery is a significant disadvantage of laparoscopic pyeloplasty, especially in younger children. We performed open "miniature" pyeloplasty in a child with congenital hydronephrosis with good functional and cosmetic results.

Keywords: hydronephrosis, obstruction, pyelourethral segment, pyeloplasty, uropathy, pyelonephritis.

Введение. Врожденный гидронефроз (ВГ), обусловленный обструкцией пиелoureтрального сегмента мочеточника (ПУС), является наиболее частой формой обструктивной уропатии у детей первого года жизни [1]. W. Krajewski et al. В последнее время достигнут значительный прогресс в диагностике и лечении ВГ за счет широкого внедрения в медицинскую практику полезных методов диагностики и высокоэффективных методов лечения [2]. По мнению EA, Oliveira et al., по-прежнему остается много спорных вопросов

относительно выбора метода хирургической коррекции обструкции ПУС у детей [3]. Открытая диссекционная пиелопластика, предложенная Anderson и Hines в середине прошлого века, на протяжении многих лет является основным методом хирургического лечения абсцессной обструкции с высокой вероятностью успеха [4]. Поэтому большинство детских урологов в последнее время избегают крупномасштабных подходов в клинической практике [6-8]. По данным FF и Honog et al. У маленьких детей минимальное хирургическое вмешательство приводит к быстрому выздоровлению ребенка и помогает сократить продолжительность пребывания пациента в больнице [5, 9].

Описание клинического случая. Представляем собственное клиническое наблюдение. Больной X. - 2 месяца. Диагноз: Осложненное течение аномалии почек. Двустороннее сужение ПУС. Двусторонний гидронефроз. Колика левой почки. Осложнения инфекции мочевыводящих путей (классификация Общества фетальной урологии) [10]. Обструкция пиелоуретрального сегмента. Из анамнеза: Патология выявлена антеннально при УЗИ. После рождения эпизодов пиелонефрита (немотивированные подъемы температуры, патологические изменения в анализах мочи) не было. При обследовании: анализы мочи и крови патологических изменений не выявили. По данным УЗИ размеры правой почки 51x24 мм. ТПП - 8,5 мм. ЧЛС несколько увеличена на 7,0x5,0 мм. Левая почка 56x30 мм ТПП - 4 мм. Чашечка расширенный ЧЛС 20x19 мм, чашка 21-11-12 мм.



Рис. 1. Сонограмма левой почки. Толщина почечной паренхимы 0,5 мм, переднезадний размер лоханки 35 мм.

Размеры ее 51x21x23 мм. ТПП - 8-15 мм. ЧСС несколько увеличена. Левая почка 54x21x31 мм. ТПП - 3-14 мм. ЧЛС увеличенное образование 35x15 мм, чашечки 17 мм. Функция левой почки снижена. Функция правой почки сохранена.

22 марта 2024 года была проведена операция по рассечению стриктуры левой почки и выполнено внутреннее стентирование левого мочеточника по методу Андерсона-Хайнца.

Операция проводилась в положении пациента на левом боку с валиком в поясничной области. Был сделан поперечный разрез длиной 2,0 см (малый боковой разрез) по линии axillaris media ниже XII ребра справа (рис. 2). Ткани послойно рассечены до брюшины. Последняя отведена медиально. Лоханка правой почки найдена и наложена на шов. При выделении ПУС мы старались минимизировать мобилизацию мочеточника в дистальном направлении для сохранения адекватного кровообращения. Стенозированную часть ПУС иссекали с продольным рассечением мочеточника. При выполнении уретеропиелоанастомоза использовали непрерывный шов Vicryl 6/0. Техника анастомоза выполнялась по общепринятой методике Андерсона-Хайнса. В данном случае мы предпочли внутреннее дренирование мочеточниковому двойному свиному хвосту стента «свиной хвост». Околопочечное пространство не дренировалось. Рана ушивалась послойно внутрикожными швами. Кровь потеря меньше более 5,0 мл.



Рис. 2. Тип разреза кожи

Для контроля диуреза и адекватного дренирования в мочевой пузырь установлен катетер Фолея №6 Ch. Длительность операции составила 70 минут. После операции выполнена контрольная обзорная урография – расположение стента адекватное. В послеоперационном периоде пациентка не нуждалась в опиоидных анальгетиках. Рекомендована вертикализация ребенка сразу после пробуждения.

Первые сутки наблюдения: диурез по мочевому катетеру составил 550 мл, что свидетельствует об адекватном функционировании мочеточников, стент, цвет мочи с легким геморрагическим оттенком. Нестероидные: прием противовоспалительных препаратов был прекращен на 2-й день после операции.

Ребенок выписан из стационара с рекомендациями на 3-и сутки после операции. За время наблюдения ирритативных симптомов не отмечено. Обследование через месяц после операции: лабораторные показатели крови и мочи в пределах нормы. Мочеточниковый стент удален.

Обсуждение. Метод лапароскопической пиелопластики впервые был описан в 1993 году [1, 2] и появилось много публикаций по лапароскопической пиелопластики почти так же эффективна, как и традиционные открытые методы. В 2001 году С.К. Yeung et al. сообщили о своем первом опыте применения ретроперитонеоскопической пиелопластики у 13 больных [3]. При этом средняя продолжительность операций составила 143 минуты (от 103 до 235), что обусловлено ограниченным рабочим пространством, что затрудняет наложение интракорпоральных швов. По данным И.М. Каганцовой и соавт. лапароскопическая резекционная пиелопластика с преимуществами малоинвазивной хирургии дает достаточно удовлетворительные результаты, сопоставимые с результатами открытой пиелопластики [4]. В настоящее время опыт лапароскопической пиелопластики у детей в нашей стране невелик. Это может быть связано как с технической сложностью выполнения лапароскопических доступов у детей, так и с имеющимся инструментарием и возможностями видеотехнологий. В представленном клиническом случае ребенку была проведена реконструктивно-пластическая операция с использованием малоинвазивного «миниатюрного» доступа с разрезом 20 мм без каких-либо дренажных трубок, что позволило пациенту выписаться из стационара на 3-и сутки после операции. Получены хорошие результаты в раннем послеоперационном периоде: быстрое восстановление ребенка, полное устранение обструкции на уровне ПУС, отсутствие необходимости в анальгетиках, отсутствие больших неэстетичных послеоперационных рубцов.

Заключение. Следует отметить, что «миниатюрная» открытая пиелопластика у детей может быть высокоэффективным, безопасным, технически простым в исполнении и косметическим методом хирургической коррекции обструкции ПУС, обеспечивающим минимальное пребывание пациента в стационаре.

Список литературы.

1. Weitz M, Schmidt M, Laube G. Первичное нехирургическое лечение односторонней обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей: систематический обзор. Педиатр Нефрологии. 2017;32 (12):2203–2213. <https://doi.org/10.1007/s00467-016-3566-3>
2. Krajewski W, Wojciechowska J, Dembowski J, Zdrojowy R, Szydełko T. Гидронефроз при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента: недооцененная проблема? Современные взгляды на патогенез, диагностику и лечение. Adv Clin Exp Med.2017; 26(5):857–864. <https://doi.org/10.17219/acem/59509>
3. Оливейра Э.А., Оливейра М.К., Мак Р.Х. Оценка и лечение гидронефроза у новорожденных. Курс Мнение Педиатр. 2016; 28 (2): 195-201. <https://doi.org/10.1097/MOP.00000000000000321>
4. Klingler HC, Remzi M, Janetschek G, Kratzik C, Marberger MJ. Сравнение методов открытой и лапароскопической пиелопластики при лечении обструкции лоханочно -мочеточникового соединения. Eur. Urol. 2003;44 (3):340–345. [https://doi.org/10.1016/s0302-2838\(03\)00297-5](https://doi.org/10.1016/s0302-2838(03)00297-5)
5. Yanke BV, Lallas CD, Pagnani C, McGinnis DE, Bagley DH. Минимально инвазивное лечение обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента: обзор нашего опыта за последнее десятилетие. J Urol. 2008;180 (4):1397. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.06.020>
6. Сингх В., Гарг М., Шарма П., Синха Р.Дж., Кумар М. Мини-инцизионная открытая пиелопластика — улучшение результатов лечения пациентов. Int Браз Дж. Урол. 2015; 41 (5): 927–934. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2014.0024>
7. Ruiz E, Soria R, Ormaechea E, Marcelo M, Lino U, Moldes JM, Ignacio de Badiola F. Упрощенный открытый подход к хирургическому лечению обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей младшего возраста и младенцев. J Urol. 2011 ;185 (6):2512–2516. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.01.012>
8. Каджбафзаде А.М., Турчи А., Незами Б.Г., Хакпур М., Мусавян А.А., Талаб Ssh. Миниатюрная пиелопластика как малоинвазивная операция с госпитализацией менее 1 дня у младенцев. JPediatrUrol. 2011;7 (3):283–288. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2011.02.030>
9. Onol FF, Akbas A, Kose O, Onol SY. Краткосрочная пиелопластика с поперечной дорсальной люмботомией: наш 10-летний опыт. Урология. 2009;74(6):1309. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.06.090>
10. Нгуен Х.Т., Херндон К.Д., Купер К., Гатти Дж., Кирш А., Кокоровски П., Ли Р., Перес-Брейфилд М., Меткалф П., Йеркес Э., Сендрон М., Кэмпбелл Дж.Б. Консенсусное заявление Общества фетальной урологии по оценке и лечению антенатального гидронефроза. JPed. Urol. 2010;6 (3):212–231. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2010.02.205>