

СТАТЬЯ. Опубликовано в сборнике трудов 1-го съезда Белорусской ассоциации урологов. Минск, 9-10 октября 2008г. С. 119-121.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА

Е.И. Юшко

БГМУ, кафедра урологии

Введение. Проблема дальнейшего совершенствования диспансерного наблюдения детей с первичным обструктивным мегауретером (ПОМУ) требует дальнейшего углубленного исследования[1,5]. Во-первых, в связи с широким внедрением ультразвукового исследования (УЗИ) органов мочевыделительной системы (МВС) в широкую практику число больных с аномалиями органов МВС постоянно возрастает. Во-вторых, за счет совершенствования хирургической техники, достижений анестезиологии и реаниматологии показания к хирургическому лечению у таких больных расширились, и возросло количество операций. В-третьих, по данным литературы частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения у детей с ПОМУ составляет 10-30%[2,3]. Даже авангардные детские урологи и хирурги по отдельным позициям: пределы консервативного лечения ПОМУ, показания к операции, показания для предварительного суправезикального отведения мочи, необходимость продольного моделирования дистального сегмента мочеточника, критерии оценки отдаленных результатов, продолжительность диспансерного наблюдения, оценка его эффективности и показания для снятия с диспансерного учета – имеют дифференцированные взгляды[3-5].

Материалы и методы. В основу работы положены результаты диагностики и лечения 234 детей с ПОМУ неувоеванных почек, оперированных в детском урологическом отделении с 1980г. по 2002г., которым первично выполнены только органосохраняющие операции. В данную разработку включались только дети, о которых имеются данные комплексного обследования до операции и в отдаленные сроки после операции. Мальчиков было 168, девочек – 66. Преобладание лиц мужского пола было еще более выраженным в младшей возрастной группе. У 116 детей заболевание было левосторонним, у 75 – правосторонним и в 43 случаях – двухсторонним. Возраст пациентов на день операции: до 1-го месяца – 3; 1-3 мес. – 4; 4-6 мес. – 14; 7-12 мес. – 43; 1-3 года – 71; 4-7 лет – 58; 8-12 лет – 31; 13 лет и более – 10. Наибольшее количество больных было в возрасте до 3-х лет (135 пациентов – 57,7%), что подтверждает врожденный характер ПОМУ и раннюю манифестацию заболевания у большинства детей.

Среди лечившихся острый пиелонефрит или неоднократные обострения хронического пиелонефрита в анамнезе установлены у 79,1%. У 27 детей (11,5%) до операции установлена артериальная гипертензия. В 12 случаях причиной обструкции было уретероцеле. У 25 детей выявлена сочетанная обструкция верхних мочевых путей: одно- или двухсторонний гидронефроз и одно- или двухсторонний ПОМУ. Комплексное обследование до операции и на всех последующих этапах было унифицированным и наряду со стандартными методами лабораторной диагностики включало запись ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрию, цистоманометрию, радионуклидные методы, экскреторную урографию с определением ренкортикального индекса, УЗИ органов мочевой системы с определением диаметра мочеточника в верхней и нижней трети, а также определение остаточной мочи.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми операциями были: односторонняя резекция и реимплантация мочеточника у 179 больных, одноэтапная или двухэтапная двухсторонняя резекция с реимплантацией мочеточников – у 22 больных. Ранние осложнения отмечены у 107 пациентов, наиболее частым осложнением было обострение хронического пиелонефрита. Поздние осложнения зарегистрированы у 33 больных, повторные операции выполнены у 26 детей. Наиболее частыми поздними осложнениями были: пузырно-мочеточниковый рефлюкс – 22 ребенка, стриктура пузырно-уретерального сегмента – 5, хронический пиелонефрит со сморщиванием почки – 5. При анализе собственного материала, в том числе о причинах ранних и поздних осложнений установлено, что поздние осложнения наиболее часто встречаются у детей с интраоперационными и ранними послеоперационными осложнениями. Именно в этой группе больных в последующем наиболее часто выполняются повторные операции. Отдаленные результаты изучены в сроки от 3-х до 25 лет. Основным, базовым критерием для оценки отдаленного результата является динамика функционального состояния почки на стороне операции (ухудшение, стабилизация, улучшение), а также динамика течения хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности (ХПН). Из общего числа больных ХПН никогда не было у 217 пациентов. У 17 пациентов ХПН установлена до и/или после операции. Присоединение ХПН является важным диагностическим и прогностическим тестом, подтверждающим серьезные морфофункциональные поражения в почках и органах мочевого выведения. Успех в лечении ХПН зависел от степени потери функции почки (почек) до начала хирургического лечения, степени восстановления уродинамики и возраста ребенка.

В реабилитации детей с ПОМУ мы выделяем 3 этапа. Первый этап – дооперационный и включает в себя мероприятия по раннему (в т.ч. пренатальному)

выявлению заболевания и подготовку больного к операции. Чаще всего это выражалось в проведении курса антибактериальной терапии и/или суправезикального временного отведения мочи. Для удобства в дальнейшей работе и получении достоверных данных нами до операции делалось заключение по морфофункциональному состоянию почек и мочеточников с обеих сторон. Второй этап – послеоперационный и включал в себя лечебные мероприятия, проводимые за весь период пребывания ребенка в стационаре после выполнения первичной операции. Особое внимание уделяли анализу течения воспалительного процесса в почке и послеоперационной ране, функционированию и срокам удаления дренажей. Состояние почки, зоны реимплантации мочеточника и окружающих тканей постоянно контролировалось посредством УЗИ. На день выписки из стационара составлялась программа третьего этапа – диспансерного. Он предусматривает постоянное наблюдение за детьми с ПОМУ в целях контроля за функцией почек и органов МВС, предупреждает возможные осложнения и рецидивы заболевания, а также обеспечивает социальную адаптацию ребенка с учетом имеющихся факторов. Для составления суждения о возможности восстановления и компенсации имеющихся нарушений на день выписки из стационара определяли реабилитационный потенциал пациента. Для унификации реабилитационного процесса все пациенты разделены нами на 4 однородные группы, для каждой из которых нами сформулированы цель и задачи, а также последовательность проводимых мероприятий. Такой подход позволяет стандартизировать программу реабилитационных мероприятий. Основными критериями для формирования однородных клинико-реабилитационных групп были: степень тяжести нарушений уродинамики верхних мочевых путей, заболевание является одно- или двухсторонним, степень нарушения функции почки на стороне операции, активность течения пиелонефрита и число случаев его обострения до операции, оценка течения раннего послеоперационного периода, возраст ребенка и др. Задачи медицинской реабилитации, реабилитационные маршруты и сроки реализации программы реабилитации в каждой из 4-х клинико-реабилитационных групп имеют принципиальные отличия.

Заключение. Анализ всего фактического материала показывает – все дети, оперированные по поводу ПОМУ нуждаются в диспансерном наблюдении. Разработанные принципы программы реабилитации и методы оценки ее эффективности позволяют стандартизировать подходы к данной категории больных.

Литература

18. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Москалев И.Н. и соавт. Результаты коррекции пороков развития верхних мочевых путей у взрослых, подвергшихся оперативным

вмешательствам в детстве. // Урология. – 1998. - № 1. – С. 38-42.

2.Нуров Р. М. Хирургическое лечение мегауретера у новорожденных и детей раннего возраста: Автореф. дис... канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 21с.

3.Stehr M., Metzger R., Schuster T. et al. Management of the primary obstructed megaureter (POM) and indication for operative treatment // Eur. J. Pediatr. Surg.- 2002.- Vol. 12, №1.- P. 32-37.

4.Aksnes G., Imaji R., Dewan P.A. Primary megaureter: results of surgical treatment. ANZ. S. Surg. – 2002. – Vol. 72. – P.877-880.

5.Гаджиев Р. С., Гасанов А.Н.Качество диспансеризации подростков в городских детских поликлиниках//Здравоохранение Российской Федерации. - 2005. - N4. - С. 51-53.