



Тактика лечения при солитарных кистозных образованиях почек у детей

Е. Н. ВРУБЛЕВСКАЯ, С. Л. КОВАРСКИЙ, С. Г. ВРУБЛЕВСКИЙ, Г. С. ПОДДУБНЫЙ,
Е. В. ФЕОКТИСТОВА, А. И. ГУРЕВИЧ

Кафедра детской хирургии Российского Государственного Медицинского Университета, г. Москва.

УДК 616.61-006-053.2

Последние годы в связи с возросшими диагностическими возможностями значительно увеличилось число пациентов с кистозными образованиями почек. Среди всех кистозных заболеваний почек наибольшего внимания заслуживают солитарные (простые) кисты, выявленные на доклиническом этапе. Данное положение заставляет изыскивать радикальные и, по возможности, малоинвазивные способы лечения.

За период с марта 2005 по сентябрь 2008 года в урологическом отделении ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова находилось на лечении 49 пациентов с кистозными образованиями почек размерами более 30 мм в диаметре, у которых был использован пункционный метод лечения. Возраст детей колебался от 1 года до 15 лет.

Всем детям в предоперационном периоде выполняли широкий комплекс инструментального обследования, включавший в себя: внутривенную урографию с последующим компьютерным исследованием, ультразвуковое сканирование с цветным доплеровским картированием и импульсной доплерометрией, ультразвуковое исследование с лазером, радиоизотопное исследование почек, с выполнением дополнительных статических снимков через 2 и 4 часа, исследование содержимого кисты, кистография.

В результате обследования у 5 детей выявлено сообщение кистозной полости с коллекторной системой почки. В дальнейшем лечебная тактика у этой группы пациентов включала в себя установку мочеточникового стента в коллекторную систему, с целью предотвращения заброса мочи в кистоз-

ное образование. Далее под ультразвуковым контролем выполнялась пункция с последующим дренированием полости кисты и 3-4 кратным введением склерозирующего вещества, с интервалом в 2 дня. В качестве склерозирующего препарата нами использовался 96% этиловый спирт, время экспозиции составляло 5 минут, объем вводимого вещества составлял 50-75% от исходного объема полости кисты.

При сокращении размеров полости кисты и уменьшении количества экссудата дренаж удалялся. Мочеточниковый стент удалялся через 1 месяц после того, как по данным УЗИ отмечалось исчезновение полости кисты.

У 44 пациентов сообщения кистозной полости с коллекторной системой не определялось. Лечебная тактика заключалась в пункции, дренировании полости кисты с последующим этапным склерозированием, по выше описанной методике. Показанием к удалению дренажа также являлось уменьшение количества экссудата и сокращение размеров полости кисты.

Результаты оценивались в ближайшие после пункции или удаления дренажа сутки по данным УЗИ, а также в динамике через 1, 3, 6 месяцев, 1 год и 2 года.

Средняя продолжительность пункции составила 15 минут. Интраоперационных осложнений отмечено не было.

Таким образом, результаты лечения солитарных кист почек у детей подтверждают высокую эффективность малоинвазивного пункционного метода лечения с использованием дренирования и склерозирования полости кисты.

Некоторые аспекты реабилитации паренхимы и восстановления уродинамики после хирургической коррекции гидронефроза у детей

С. Г. ВРУБЛЕВСКИЙ, А. И. ГУРЕВИЧ, Ю. В. ПЕТРУХИНА

Кафедра детской хирургии Российского государственного медицинского университета
(зав. кафедрой проф., д.м.н. А. В. Гераськин), г. Москва.

УДК 616.61-053.2

Несмотря на успехи в лечении гидронефроза у детей остаются недостаточно изученными сроки восстановления уродинамики и закономерности эволюции почки после операции.

Целью исследования являлось изучение закономерностей восстановления пассажа мочи и реабилитации почки после оперативного лечения гидронефроза на основе использования современных методов диагностики.

Материалы и методы: В основе работы лежит анализ результатов обследования и лечения 149 детей в возрасте от

3 месяцев до 14 лет, находившихся в отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова за период с 1999 по 2007 годы с направляющим диагнозом гидронефроз. При УЗИ мочеточниково-пузырных выбросов и при диуретическом УЗИ (ДУЗИ) использовали разработанные ранее методики. Пластические операции выполнены по методу Hynes-Anderson у 139 детей, нефрэктомия — у 10 пациентов.

Результаты: У пациентов с умеренными изменениями внутривисцеральной гемодинамики признаки существенного улуч-

шения уродинамики появлялись спустя 6 месяцев после операции, что сопровождалось сокращением ЧЛК. Окончательное восстановление ЧЛК, толщины паренхимы и ее дифференцировки, показателей гемодинамики отмечалось спустя 1 год. Показатели мочеточниково-пузырных выбросов восстановились спустя 3 года после хирургической коррекции.

У детей со значительными изменениями внутривисочечной гемодинамики при наличии выраженного расширения ЧЛК спустя 6 месяцев после операции значимых изменений со

стороны коллекторной системы и почечного кровотока выявлено не было. Только спустя 1 год у большинства пациентов (75%) произошли значительные улучшения в состоянии ЧЛК и паренхимы почки.

Таким образом, прогностически благоприятные признаки восстановления уродинамики после операции регистрируются при ультразвуковом исследовании через 6 месяцев при умеренных изменениях в паренхиме и чашечно-лоханочной системе, а при тяжелых формах гидронефротической трансформации — не ранее 1 года.

Изолированное расширение собирательной системы почки у детей (диагностика и тактика)

С. Г. ВРУБЛЕВСКИЙ, А. И. ГУРЕВИЧ

Кафедра детской хирургии Российского государственного медицинского университета, г. Москва.

УДК 616.61-07

Пиелозктазия в ряде случаев рассматривается как стадия гидронефроза. Однако, имеющееся расширение лоханки у детей грудного и раннего возраста нередко носит транзитный характер, может самопроизвольно уменьшиться и даже полностью исчезнуть.

Целью нашего исследования явилось установление дифференциально-диагностических критериев пиелозктазии и гидронефроза на основании определения параметров почечного кровотока и оценки состояния почечной паренхимы и ЧЛС.

Материалы и методы: Всего обследовано 98 пациентов с изолированной дилатацией лоханки в возрасте от 3 мес. до 14 лет. Изменения размеров ЧЛС выявлены внутриутробно — у 36 пациентов (36,6%), обнаружены случайно при плановом ультразвуковом обследовании (УЗИ) — у 62 детей (63,3%). При УЗИ мочеточниково-пузырных выбросов и при диуретическом УЗИ (ДУЗИ) использовали разработанные ранее методики.

Результаты исследований: При импульсной доплерометрии (ИДМ) гемодинамика не была нарушена — индекс резистентности (IR) на всех уровнях колебался в минимальных пре-

делах. Установлено достоверное повышение IR мочеточниково-пузырных выбросов во всех возрастных группах от 0,75 до 0,82-0,86 по отношению к показателям с контралатеральной стороны, где не наблюдалось расширения лоханки. Анализ проведенных исследований показал, что к возрасту 6 мес. у 6 детей (6,1%) лоханка сократилась, ее размеры соответствовали возрастной норме. К 1 году у 19 детей (19,5%) лоханка не превышала нормативные показатели, к 3 годам у 60 пациентов (66,1%) размер лоханки не превышал 4-5 мм. У трех пациентов зафиксировано увеличение поперечного размера лоханки от 8-10 мм до 18 мм. При проведении в дальнейшем хирургической коррекции установлено, что причиной обструкции во всех случаях являлся абберантный сосуд.

Таким образом, у детей раннего возраста пиелозктазия в подавляющем числе случаев является функциональным состоянием и не требует хирургической коррекции. При отсутствии изменений со стороны паренхимы, показателей почечного кровотока и анализов мочи, повышении IR мочеточниково-пузырных выбросов возможно динамическое наблюдение.

Стратегия и тактика ведения больных с тубулоинтерстициальными поражениями почек

А. А. ВЯЛКОВА, И. В. ЗОРИН, Л. М. ГОРДИЕНКО, А. И. БУРАКОВА

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава».

УДК 616.61

В последние десятилетия получено экспериментальное подтверждение первостепенного значения тубулоинтерстициального фиброза (ТИФ), как патоморфологической основы прогрессирования почечной недостаточности, и роли протеинурии в развитии ТИФ (Ridson R. A., Sloper J. S., Wardener H. E., 1968, Boble A., Muller G. A., Webrmann W. et al., Okon K.,

2003). Показано, что наиболее значимыми факторами неблагоприятного прогноза у пациента с тубулоинтерстициальным поражением почек (ТИПП) и различными формами гломерулонефрита (ГН) являются тубулоинтерстициальные изменения (Webrmann W., Boble A., Held H., Sebumm G., Kendziorra H., Presslar H., 1990).