



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.61/.64-002.271-07-053.2

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Ж.Х. Email: IbragimovJ@mail.ru

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел: (0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

В данной статье авторами приведен анализ результатов диагностики и лечения врожденного гидронефроза у детей 691 детей с врожденным гидронефрозом. Показана эффективность дифференцированной тактики ведения больных с врожденным гидронефрозом у детей в зависимости от возраста, характера поражения.

Автор заключают, что оптимизированная тактика ведения больных врожденным гидронефрозом в зависимости от характера поражения позволит нивелировать необходимость в повторных традиционных вмешательствах с увеличением доли больных с отсутствием осложнений в послеоперационные периоды, снизить частоту летальности, а также позволит повысить долю отличных и хороших результатов.

Ключевые слова: врожденный гидронефроз, пиелопластика, усовершенствованный уретеропиелонастомоз.

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT AND IMMEDIATE RESULTS IN CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Ibragimov Zh.Kh. Email: IbragimovJ@mail.ru

Andijan State Medical Institute of Uzbekistan, Andijon, st. Atabekov 1 Tel: (0-374)223-94-60.
E-mail: info@adti

✓ Resume

In this article, the authors provide an analysis of the results of diagnosis and treatment of congenital hydronephrosis in children 691 children with congenital hydronephrosis. The effectiveness of differentiated management tactics for patients with congenital hydronephrosis in children has been demonstrated, depending on age and the nature of the lesion.

The author concludes that optimized tactics for managing patients with congenital hydronephrosis, depending on the nature of the lesion, will eliminate the need for repeated traditional interventions with an increase in the proportion of patients with no complications in the postoperative period, reduce the incidence of mortality, and will also increase the proportion of excellent and good results.

Key words: congenital hydronephrosis, pyeloplasty, improved ureteropyelonastomosis.

Актуальность

Значительный удельный вес гидронефроза среди прочих урологических заболеваний и неоднозначность результатов лечения детей, требует систематизации знаний и опыта, накопленного за последние годы. Это позволит рационально и экономичнее использовать существующие методы диагностики с учетом современных диагностических возможностей, чем последовательное использование диагностических методов по нарастающей сложности, а также - обосновать выбор того или иного вида хирургического лечения.

Вместе с тем, значительные неудовлетворенности, связанные с традиционным вмешательствами, такие как, длительное пребывание пациента в стационаре, продолжительное выздоровление, привели к поиску наиболее щадящих методов хирургического лечения данной

патологии, с принципом наименьшая травматизация и наибольший эффект (Бурчѣнкова Н.В., 2020; Лагутин Г.В., 2020; Huang Y. et al., 2015; Andres-Jensen L. et al., 2016).

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения детей с врожденным гидронефрозом за счет совершенствования тактических подходов и наложения уретеропиелоанастомоза.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов лечения 691 детей с врожденным гидронефрозом в возрасте от 3 до 15 лет на базе урологических отделений трех медицинских учреждений Ферганской долины.

Все больные были разделены на две клинические группы: первую группу (сравнения) составили - 337 (48,8%) детей, пролеченных за период с 2013 по 2017 гг по принятым стандартам ведения пациентов, вторую группу (основная) оставили - 354 (51,2%) детей, пролеченных за 2018-2022 гг на основе разработанного тактического лечебно-диагностического алгоритма и усовершенствованного уретеропиелоанастомоза с дифференцированным применением открытых и лапароскопических методов.

Таблица 1

Распределение детей по возрасту и полу

Пол и возраст	Группа сравнения n=337		Основная группа n=354		Всего n=691	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мальчики	247	73,3%	257	72,6%	504	72,9%
1-3 года	56	16,6	61	17,2%	117	16,9%
4-7 лет	83	24,6	85	24,1%	168	24,3%
8-15 лет	108	32,1	111	31,3%	219	31,7%
Девочки	90	26,7%	97	27,4%	187	27,1%
1-3 года	12	3,5%	14	3,9%	26	3,8%
4-7 лет	33	9,8%	35	9,8%	68	9,8%
8-15 лет	45	13,3%	48	13,5%	93	13,5%
Всего	337	100,0%	354	100,0%	691	100,0%
1-3 года	68	20,1%	75	21,2%	143	20,7%
4-7 лет	116	34,2%	120	33,9%	236	34,2%
8-15 лет	153	45,4%	159	44,9%	312	45,1%
Всего	337	100	354	100	691	100

Среди детей, включѣнных в исследование, преобладают мальчики, по сравнению с девочками. Мальчиков было 504 (72,9%), девочек - 187 (27,1%). Всего детей до 3-х лет было 143 (20,7%), 4-7 лет - 236 (34,2%), 8-15 лет - 312 (45,1%) (таб. 1).

Максимальное количество детей поступало в урологические отделения с ВГ III стадии, что составило 75,3 % от общего числа госпитализированных.

При этом, наиболее часто выявляли гидронефроз III степени 247 (73,3%) в группе сравнения и 273 (77,2%) детей основной группы, значительно реже - II (13,9% - 9,8%) степени и - IV (12,2% - 12,7%) степеней соответственно (рис. 1).

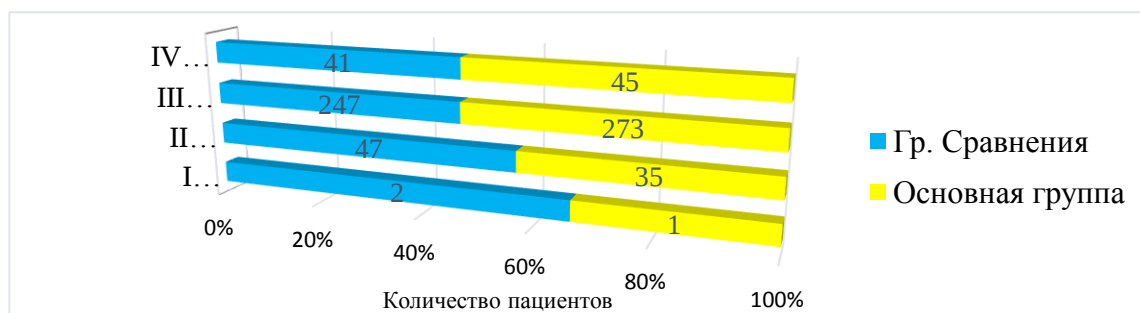
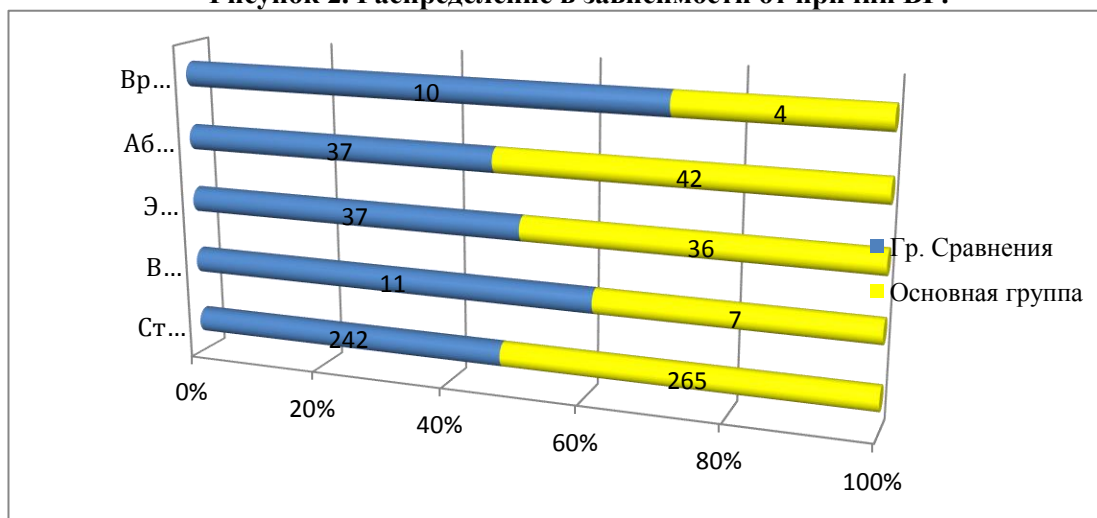


Рисунок 1. Распределение в зависимости от степени.

У большинства пациентов причиной ВГ были внутренние факторы, такие как, стеноз ЛМС, что составили 242 (71,2%) и 265 (74,8%), соответственно, высокое отхождение мочеточника 11 (3,2%) и 7 (1,9%), эмбриональные спайки у 37 (10,9%) и 36 (10,1%) детей. Среды причин внешнего характера, оперированных в период с 2013 по 2017 год (группа сравнения), aberrантный сосуд выявлен у 37 (10,9%) пациентов, врожденный перегиб мочеточника у 10 (2,9%) детей, в период с 2018 по 2022 гг (основная группа) у 42 (11,8%) и у 4 (1,2%) пациентов (рис. 2).

Рисунок 2. Распределение в зависимости от причин ВГ.



При распределении больных по локализации патологического процесса при гидронефрозе отмечено преобладание левостороннего поражения – 205 (60,8%) и 218 (61,6%), правосторонняя локализация отмечена в 27 % и 28,5% случаев, двухсторонняя - в 11,2% и 9,8% случаев соответственно.

Анализируя клинические признаки ВГ, отмечена полиморфная симптоматика. При этом характерным клиническим признаком данного порока в 414 (60,0%) случае было беспокойство ребенка без четкой локализации, что констатировалось как болевой синдром.

Пальпируемое образование брюшной полости у 23 (3,3%), инфекция мочевых путей явилась у 51 (7,3%) детей, причиной направления на УЗИ. Лейкоцитурия имела место преимущественно у детей 7-8-10-15 лет – 33 (4,7%), - , бактериурия у 37 (5,3%) обследуемых, гипертермия в сочетании с болевым синдромом – 17 (25,5%) отмечалась преимущественно у детей старше 10 лет.

Необходимо отметить, что, несмотря на раннее появление признаков гидронефроза, детализация и уточнение диагноза в 20,7 % случаев проведена позже 3-5-7 лет болезни, после неоднократных проявлений пиелонефрита. Так как в некоторых случаях гидронефроз обнаруживается как случайная находка (16,8%), при проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

В комплекс предоперационного обследования детей включали:

1. Оценка общесоматического статуса больного;
2. Инструментальные методы исследования для уточнения уровня и причины обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента;
3. Выбор метода лечения.

Обязательные исследования выполняли всем больным для постановки диагноза, они включали: ультразвуковое исследование почек и мочевых путей с цветным доплеровским сканированием, экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография. Пациентам основной группы для снижения лучевой нагрузки, при подозрении гидронефротической трансформации компьютерная томография проводилась на фоне экскреторной фазы внутривенной урографии.

В группе сравнения превалировала классическая боковая люмботомия с широким разрезом по Федерову до 10 см – у 316 (93,7%) детей, особенно у детей малого возраста (18,3%), которые

в дальнейшем приводили к возникновению послеоперационных грыж, к рубцовым деформациям кожи подрастающего поколения детей. Из них мальчики составили 242 (71,8%), девочки 83 (26,1%).

Лапароскопические доступы были применены в начальном периоде внедрения малоинвазивных методик, что было применено только у 14 (4,1%) детей, с конверсией в традиционный доступ у 6 (42,8% из 14) из них. Были попытки проведения лапароскопических забрюшинных доступов у детей в возрасте 1-3 лет (1,2%), в связи с тем, что в этом возрасте имеется такая структура тканей, а также неразвита забрюшинное пространство, сопровождались различными осложнениями во время операции и послеоперационном периоде (см 6 главу). Лапароскопический чрезбрюшинный доступ был применен у 8 (2,4%) детей.

Необходимо отметить у 5 (1,5%) детей с I и II степенью гидронефроза и у 2 (0,6%) детей с IV степенью гидронефроза с сопутствующими заболеваниями (хроническая почечная недостаточность) были проведены консервативные мероприятия. У этих пациентов было решено провести динамическое наблюдение.

Средняя длительность открытой пиелопластики при использовании традиционного доступа в поясничной области (по Федорову) составила 91 ± 12 мин. ($p < 0,05$). Средняя длительность операции при использовании лапароскопического доступа - 120 ± 11 мин. ($p < 0,05$).

Пиелоуретероанастомоз по Андерсену-Хайнсу были проведены у 92 (27,2%), резекция ЛМС с наложением пиелоуретероанастомоза «конец-конец» у 58 (17,2%), лапароскопическое рассечение эмбриональных тяжей у 14 (4,1%), операция по Фоллю у 119 (35,3%), у 6 (1,7%) детей с IV стадией гидронефроза произведена нефрэктомия с одной стороны, пересечение aberrантного сосуда у 37 (10,9%) детей. В группе сравнения после всех операций проводились дренирование лоханки примерно на 10-15 суток.

При анализе в группе сравнения, установлены ряд тактико-технических упущений. Так у 5 больных при традиционном классическом доступе на фоне острого пиелонефрита, что в послеоперационном периоде привело к обострению пиелонефрита и к инфекционным осложнениям почки с летальным исходом 2 (0,6%) случаях.

У 14 (4,1%) больных стремление к обязательному малоинвазивному доступу привело к ятрогенным повреждениям, с летальностью в 1 (0,3%) случаях. У 2 больных недостаточная подготовка, при сопутствующей патологии почки (хроническая почечная недостаточность) привело к кровотечению из ложа из почечной паренхимы, которая диагностирована и остановлена во время операции из них в одном случае, но привело к летальному исходу обеих (0,6%) случаях. Следует отметить, что лапароскопия применялась в начальном периоде нашей работы без предварительной оценки, возраста, и телосложения ребенка.

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения показал, что в ряде случаев допущены тактико-технические упущения. Так, применение непомерно больших излишних рутинных дооперационных диагностических комплексов, которые далеко не всегда дают принципиально новую информацию. Вместе с тем, применение излишних дооперационных диагностических методов, приводили к утомлению детей и иногда являются мотивом отказа пациентов и их родителей от настоятельно необходимого хирургического лечения, что ведет к усугублению к уже имеющимся осложнениям ВГ. При дренировании ЛМС, длительное дренирование до 20-23 суток порой приводили к восходящей инфекции и длительной госпитализации ребенка.

В основной группе больных, к выбору метода пиелопластики при открытом способе мы придерживались такого принципа: минимальная травматизация - максимальный эффект.

При этом учитывали возраст, телосложение больного, обращали внимание имеющиеся сопутствующие заболевания, а также идентификацию структур ЛМС и причины ВГ наличие осложнений, что позволяли нам выбрать то или иной вид операции.

В основной группе пиелопластика открытым способом проводилась по усовершенствованной задне - боковой люмботомией мини-доступом с разрезом не более 5 см – у 71 (20,1%) детей, особенно у детей малого возраста (9,8%). Из них мальчики составили 48 (13,5%), девочки 23 (6,5%).

Опыт применения лапароскопических операций показал, что при малоинвазивных операциях возникает необходимость в использовании таких разрезов, которые, не будучи

столь травматичными, создавали бы широкий и удобный для хирурга доступ ко всем отделам ЛМС.

Исходя из недостатков и упущений в группе сравнения и накопления опыта применения малонивазивных методов операций на почке (лапароскопия), привело к увеличению числа лапароскопических доступов - у 281 (79,3%) детей, с конверсией в модифицированный задне-боковой мини-доступ только у 1 (0,3% из 281) из них. Из них мальчики составили 208 (58,7%), девочки 73 (20,6%).

Необходимо отметить у 1 (0,28%) ребенка с I степенью гидронефроза и у 1 (0,8%) ребенка с IV степенью гидронефроза в связи с отказом родителей от операции в связи с тяжестью состояния ребенка были проведены консервативные мероприятия. У этих пациентов было решено провести динамическое наблюдение.

Средняя длительность открытой пиелопластики при использовании модифицированного мини - доступа в заднебоковой поверхности поясницы (по методу клиники) составила 61 ± 7 мин на 30 ± 5 мин короче, чем в группе сравнения (91 ± 12 мин). ($p < 0,05$). Средняя длительность операции при использовании лапароскопического доступа - 70 ± 8 мин, т.е. на 50 ± 3 мин короче, чем в группе сравнения (120 ± 11 мин). ($p < 0,05$).

В основной группе пиелoureteroанастомоз по Андерсену-Хайнсу были проведено у 27 (7,6%), резекция ЛМС с наложением модифицированного пиелoureteroанастомоза «конец-бок» у 283 (79,9%), пересечение aberrантного сосуда у 9 (2,5%) после предварительной проверки кровоснабжения почки сосудом ее пережатием, резекция ЛМС с наложением модиф. пиелoureteroанастомоза «конец-бок» с перемещением aberrантного сосуда у 23 (6,5%), у 1 (0,28%) ребенка с IV стадией гидронефроза произведена нефрэктомия с одной стороны.

Здесь необходимо уточнить, что резекция ЛМС с формированием пиелoureteroанастомоза должна соответствовать следующим правилам: ликвидировать причины обструкции, вновь сформированный ЛМС должен быть достаточной площади, лишенной участка дисплазированных клеток, а сформированный участок должен функционировать хорошо и улучшить общее состояние больных, избавить их от различных недугов, т.е. придерживаться принципа: ликвидация очага обструкции, нормализация функции и эвакуаторной функции.

Необходимо также отметить, что у 2 (0,5%) детей с I степенью гидронефроза были проведены консервативные мероприятия. У этих пациентов в динамике отмечено разрешение проходимости ЛМС с возвращением к исходным параметрам в допустимый срок и нормальной функциональностью у одного ребенка, а у одного в последующем с переходом на изменения в ЛМС с нарушением проходимости была проведена операция с отличным исходом.

Результат и обсуждение

Сравнение непосредственных результатов лечения по следующим параметрам:

1. Длительность вмешательства и наркоза.
2. Величина кровопотери.
3. Выраженность болевого синдрома.
4. Сроки дренирования.
5. Частота интра- и послеоперационных осложнений.
6. Потребность в анальгетиках койко-день.
7. Послеоперационный койко-день.

Непосредственные результаты лечения уретеропиелоанастомозом модифицированным методом (см. 6 главу):

Длительность манипуляции (минуты) при открытом способе с применением мини-доступа $61 \pm 7,2$ мин (в группе сравнения 91 ± 12 мин), длительность операции при использовании лапароскопического доступа - $70 \pm 8,1$ мин (в группе сравнения 120 ± 11 мин)

Длительность наркоза (минуты) при открытом способе с применением мини-доступа $68,3 \pm 1,5$, при использовании лапароскопического доступа $80 \pm 3,1$ мин.

Кровопотеря (миллилитры) $30,1 \pm 1,5$ мл

Длительность постельного режима (сутки) при открытом способе с применением мини-доступа $1,8 \pm 1,2$ сутки, при использовании лапароскопического доступа $1 \pm 0,3$ сутки.

Сроки дренирования раны (сутки) $2,6 \pm 0,1$ дня.

Осложнения и/о периода в основной группе 5 (1,4%), в группе сравнения 41 (12,4%).

Потребность в инъекции наркотических анальгетиков после классической открытой операции в течение $3,9 \pm 0,6$ койко-дней, в основной группе после модифицированного заднебокового мини-доступа они были необходимы в течение $1,3 \pm 0,6$ койко-дня, после лапароскопической уретеропиелоанастомоза $1,0 \pm 0,2$ койко-дня.

Послеоперационный койко-день был значимо меньшим и составил $6 \pm 0,42$ дня по сравнению с пациентами, которым была выполнена классическая традиционная открытая люмботомия - $20,8 \pm 3,2$.

В группе сравнения ятрогенные повреждения, в целом, установлены у 41 (12,4%) больных. При традиционном открытом способе операции наиболее часто отмечены кровотечения из забрюшины (3,9%) и раны (2,7%) при широком разрезе. Повреждения почки отмечены у 3 (0,9%), повреждение почечных сосудов при их выделении и мобилизации у 7 (2,1%) детей. В начальном периоде освоения лапароскопической техники операций в группе сравнения интраоперационные осложнения отмечены у 9 (2,7%) детей, с конверсией в традиционный доступ у 6 (1,8%) - (42,8% из 14). Из них повреждение стенки кишечника у 1 (0,3%), повреждение сальника у 1 (0,3%), повреждение из почечных сосудов у 2 (0,6%) детей, кровотечение из забрюшины отмечено у 1 (0,3%) при попытке проведения ретроперитонеальной лапароскопии.

В основной группе при открытой операции из мини -доступа ятрогенные повреждения наблюдались только у 2 (0,5%) в виде кровотечения из раны и забрюшины, в 1 (0,28%) случае из раны, при этом длина разреза не превышала 6 см. В основном консервативными мероприятиями кровотечение было остановлено. При лапароскопическом уретеропиелоанастомозе осложнения наблюдались только в виде кровотечения из раны троакара 3 (0,8), с конверсией доступа в «мини-доступ» в 1 (0,2%).

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота ятрогенных повреждений уменьшились на 11% (с 12,4 до 1,4%), с уменьшением числа конверсий на 1,6% (с 1,8 до 0,2%).

В группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 31 (9,4%) детей, с общим количеством релюмботомий у 3 (0,9%), релапароскопий у 2 (0,6%) детей.

Из них наружный мочевой затёк отмечен у 5 (1,5%), несостоятельность анастомоза у 4 (1,2%), гематурия у 3 (0,9%), нарушение функции дренажа у 5 (1,5%), учащенное и болезненное мочеиспускание у 7 (2,1%).

В основной группе послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 3 (0,8%) и ни в одном случае не проведены релапароскопии и релюмботомии.

В послеоперационном периоде, примечательным является также и косметический эффект послеоперационной раны. Средняя величина разрезов после открытых операций в группе сравнения составила 10,4 см ($\pm 2,6$), минимальная величина разреза составила 80 мм, максимальная 100 мм. В основной группе средняя величина раны после открытых операций с мини-доступом составила 40,2 мм ($\pm 2,8$), минимальная величина разреза составила 40 мм, максимальная 50 мм.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством уменьшилось на 8,6% (с 9,4 до 0,8%), с уменьшением количества релюмботомий на 0,9% (с 0,9% до 0%) на релапароскопий на 0,6% (с 0,6 до 0%).

Осложнения общего характера в группе сравнения в целом, диагностированы у 20 (5,9%) больных с летальным исходом в 5 (1,5%) случаев, тогда как в основной группе - у 2 (0,5%) больных с летальным исходом в 1 (0,2%) случае (уменьшение осложнений общего характера на 5,1% и летальности на 1,3%).

В отдаленном послеоперационном периоде Отличные результаты получены у 213 (60,2%) больных основной группы и у 10 (2,9%) группы сравнения. Хорошие результаты наблюдались у 135 (38,1%) больных основной и у 78 (23,1%) – группы сравнения. Удовлетворительные результаты получены у 2 (0,5%) основной и у 230 (17,4%) пациентов группы сравнения. Плохой результат отмечен у 18 (5,3%) группы сравнения, в основной группе ни в одном случае.

Выводы

Оптимизированная тактика ведения больных врожденным гидронефрозом в зависимости от характера поражения позволил увеличить долю больных с отсутствием осложнений в послеоперационные периоды на 25,6%, снизить частоту летальности с 1,5% до 0,2%, а также разработанный усовершенствованный уретеропиелоанастомоз создает оптимальные условия для заживления вновь созданного анастомоза и повышает долю отличных и хороших результатов на 72,2%, и позволил сократить частоту общих и специфических осложнений с 5,9% до 0,5%, нивелировать необходимость в повторных традиционных вмешательствах и вероятность длительного восстановления почечной функции ($P=0,005$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агзамходжаев С.Т. Современное состояние проблемы лечения врожденного гидронефроза у детей // Педиатрия. - Ташкент. 2017;3:121-125. (14.00.00, № 16).
2. Ахмедов Ю.М. Результаты хирургического лечения врожденных обструктивных уropатий у детей / Ахмедов Ю.М., Ф.Ш. Мавлянов // Новый день в медицине «Tibbiyotda yangi kun» 2013;1(1):45-50.
3. Бекназаров Ж.Б., Агзамходжаев С.Т., Абдуллаев З.Б., Сангинов Ш.А. Результаты хирургической коррекции врожденного гидронефроза у детей раннего возраста // оригинальные исследования. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии-реаниматологии. – 2018;VIII(1):31-35.
4. Бурчѐнкова Н.В. Отдаленные результаты хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей: автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Тверь, 2020. - 25 с.
5. Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Лазишвили М.Н., Кулаев А.В., Корочкин М.В., Врублевский А.С. Лапароскопическая пиелопластика у детей: техника, дренирование, осложнения. Детская хирургия. 2017; 6: 299-302.
6. Гасанов Д.А., Барская М.А., Терѐхин С.С. и др. Анализ хирургического лечения врожденного гидронефроза //Медицинские науки. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016;12:799-802.
7. Колесниченко И.В., Чернецова Г.С. Результаты хирургической коррекции гидронефроза в различных возрастных группах // Вестник КРСУ. Бишкек, 2012. Т.12. №12. С. 180-181.
8. Минаев С.В., Павленко И.В., Чумаков П.И., и др. Особенность морфологических проявлений дисплазии соединительной ткани у детей с аномалиями мочевыделительной системы // Вестник урологии. - 2017. - Т. 5. - № 3. - С. 22-29.
9. Никитина Н.А., Калашникова Е.А., Галич С.Р., Сочинская Т.В. Диагностика, клиника, лечение и прогноз при гидронефрозе почек //Интегративная антропология. - 2018. - №1.
10. Обухов Н.С., Воронина Е.А., Данилюк С.А. Хирургическое лечение врожденного гидронефроза у детей первого года жизни //Вестник Уральской медицинской Академической науки. 2016;1:33-36.
11. Павлова В.С., Крючко Д.С., Подуровская Ю.Л., Пекарева Н.А. Врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей: анализ современных принципов диагностики и прогностически значимых маркеров поражения почечной ткани // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2018;6(2):78-86.
12. Чернецова Г.С., Адиев А.Т. Выбор оперативной коррекции и дренирования почек при гидронефрозе у детей и взрослых //Материалы Всероссийской конференции общих хирургов. Красноярск, 2012. С. 683-685.
13. El-Ghoneimi A. Laparoscopic dismembered pyeloplasty by a retroperitoneal approach in children / A. El-Ghoneimi, W. Farhat, S. Bolduc // BJU Int. 2003;92(1):104-108.
14. Metzelder M.L. Laparoscopic transabdominal pyeloplasty in children is feasible irrespective of age / M.L.Metzelder, F.Schier, C. Petersen // J. Urol. – 2006;175(2):688-691.

Поступила 20.04.2024