



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

11 (73) 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. АБДУМАЖИДОВ
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. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 616.613-007.63; 616.613-089.848; 616.613-089.86

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Отamuraдов Ф.А., Вахидов А.Ш., Рахмонов С.А., Каримова З.Х.

¹Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
²Детский многопрофильный медицинский центр Сурхандарьинской области

✓ Резюме

В статье рассмотрены причины и последствия поздней диагностики и оперативной коррекции гидронефроза у 99 детей в возрасте от 3 до 17,5 лет. В -73,7% случаях при установлении диагноза врожденный гидронефроз возраст пациентов был старше 3-х лет. Установлено, что гидронефроз, выявленный и прооперированный в более старшем возрасте, имеет латентное течение и неспецифическую клинику, проявляется в раннем возрасте под маской пиелонефрита, и чаще его причинами являются стеноз пиелотеррального сегмента и aberrantный сосуд. Запущенная гидронефротическая трансформация в 4 стадии, стала причиной нефрэктомии в 22,1% случаев.

Ключевые слова: гидронефроз, обструкция пиелотеррального сегмента, пиелопластика, дети.

BOLALARDA TUG'MAGAN GIDRONEFROZLARNI KECH TASHXIS QILISH VA DAVOLASI SABABLARI VA OQIBATLARI

Otamurodov F.A., Vohidov A.Sh., Rahmonov S.A., Karimova Z.X.

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali
²Surxondaryo shahar ko'p tarmoqli bolalar Mintaqa tibbiyot markazi

✓ Rezyume

Maqolada 3 yoshdan 17,5 yoshgacha bo'lgan 99 nafar bolada gidronefrozni kech tashxislash va jarrohlik yo'li bilan tuzatishning sabablari va oqibatlari muhokama qilinadi. Tug'ma gidronefroz tashxisi qo'yilgan - 73,7% hollarda bemorlarning yoshi 3 yoshdan katta bo'lgan.

Katta yoshda aniqlangan va operatsiya qilingan gidronefroz yashirin kechishi va o'ziga xos bo'lmagan klinikaga ega bo'lib, erta yoshda pielonefrit niqobi ostida namoyon bo'lishi va ko'pincha uning sabablari piyeloterral segmentning stenozini va stenozidir. aberrant kema. 4-bosqichda rivojlangan gidronefrotik transformatsiya 22,1% hollarda nefrektomiyaga sabab bo'ldi.

Kalit so'zlar: gidronefroz, piyeloureteral segmentning obstruksiyasi, pyeloplastika, bolalar.

CAUSES AND CONSEQUENCES OF LATE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Otamurodov F.A., Vakhidov A.Sh., Rakhmonov S.A., Karimova Z.Kh.

¹Termez branch of the Tashkent Medical Academy
²Children's Multidisciplinary Medical Center of Surkhandarya region

✓ Resume

The article discusses the causes and consequences of late diagnosis and surgical correction of hydronephrosis in 99 children aged 3 to 17.5 years. In -73.7% of cases, when congenital hydronephrosis was diagnosed, the age of the patients was older than 3 years.

It has been established that hydronephrosis, detected and operated on at an older age, has a latent course and a nonspecific clinic, manifests itself at an early age under the guise of pyelonephritis, and more often its causes are stenosis of the pyeloterral segment and an aberrant vessel. Advanced hydronephrotic transformation in stage 4 became the cause of nephrectomy in 22.1% of cases.

Key words: hydronephrosis, obstruction of the pyeloureteral segment, pyeloplasty, children.

Актуальность

Врожденный гидронефроз является одним из распространенных заболеваний в практике детской хирургии и составляет 50% всех патологий в структуре «обструктивных уропатий», его встречаемость составляет 1:500-800 новорожденных детей [1, 2, 8]. Актуальность проблемы связана не только с распространенностью заболевания, но и его латентным течением, приводящим к поздней госпитализации, отрицательно отражающейся на состоянии почечной паренхимы [4, 9, 17].

Аntenатальное обнаружение расширения верхних мочевых путей составляет 1 на 500 исследований у плода, тогда как постнатальная частота данной патологии представлена отношением на уровне 1:1250–1500 новорожденных [1, 2, 11, 14], подвергающихся хирургической коррекции. По мнению P. Menon et al. [16], значительная часть новорожденных детей с врожденным гидронефрозом имеет прогрессирующее ухудшение функции почек, что, вероятно, происходит рано и во многих случаях, может быть, необратимо [4, 6]. E. Ruiz et al. [18], сравнив раннюю и позднюю пиелопластику у 41 пациента, пришли к заключению, что коррекция обструкции ПУС до 1 года позволяет максимально улучшить почечную функцию

Оперативное лечение невозможно без анализа состояния почечной паренхимы, которая часто значительно повреждена атрофическими процессами [2, 4, 8, 19].

Почка не обладает высокой регенераторной способностью, особенно в тех случаях, когда диагностика проведена поздно. Поэтому своевременное обследование пациента приведет к сохранности почечной паренхимы и хорошим отдаленным результатам [3, 6, 19].

Таким образом, несмотря на постоянный интерес к проблеме ПУС и ВГ, вопросы о четких критериях для определения сроков оперативного лечения еще остаются достаточно дискуссионными [7, 15].

Цель работы – проанализировать причины и последствия поздней диагностики врожденного гидронефроза у детей

Материал и методы

Работа основана на анализе отдаленных результатов обследования и лечения 99 детей с постнатально выявленным расширением чашечно-лоханочной системы, в возрасте от 8-ми месяцев до 17,5 лет. Мальчиков было 75 (75,7%) девочек 24 (24,3%), которые поступили на стационарное лечение в отделение детской урологии в период с 2010 по январь 2023 г., в СОДМЦ г. Термез.

В подавляющем большинстве случаев родители больных детей обращались на прием к врачу в стадии манифестации основных симптомов врожденного гидронефроза, Доля пациентов с антенатально выявленными признаками гидронефроза составила 4,1% (4 ребёнка), постнатально диагноз установлен у 95 (95,9%) детей. Такая большая разница в постановке диагноза врожденного гидронефроза детям в антенатальном и в постнатальном периоде, объясняется недостатком квалифицированных специалистов, а также недостатком современного диагностического оборудования в медицинских учреждениях отдаленных районов Сурхандарьинской области. В 73,7% случаях при установлении диагноза врожденный гидронефроз возраст пациентов был старше 3-х лет.

Всем больным урологического отделения за время нахождения в стационаре проведено обследование и лечение согласно общепринятому плану и технической оснащенности стационара, включавшему изучение анамнеза, клинико-лабораторные, рентгенологические, УЗИ, эндоскопические методы исследования, функциональные пробы (таблица 1).

Структура и объем выполненных исследований Таблица №1

Методы исследования	Число обследованных детей	
	абс.	%
Клинико-anamнестическое исследование	99	100
Лабораторные исследования		
- клинический анализ крови	99	100
- общий анализ мочи	99	100
- биохимический анализ крови	99	100
- посев мочи на чувствительность к микрофлоре	35	35,3
Лучевые методы исследования		
- УЗИ почек и мочевого пузыря с доплерографией	99	100
- Диуретическая ультрасонография	22	22,2
- В/в урография	99	100
- Микционная цистография	99	100
- КТ с контрастным усилением	23	23,2

Результат и обсуждение

В анамнезе (на консультации врача педиатра) инфекция мочевых путей явилась причиной направления на УЗИ у 31 (31,3%) детей., 36 (36,4%) пациентов жаловались на боли в животе и поясничной области, 15 (15,3%) пациента обследованы по поводу пальпируемого образования брюшной полости, дизурия была причиной обращения к врачу в 18,8% случаев, пастозность либо отеки под глазами – у 18 детей (18,2%),.

В 11 (11,1%) случаях причиной гидронефроза могла являться сопутствующая патология: аберрантный сосуд – 10 (10,1%), мочекаменная болезнь 1 (1%). После постановки диагноза консервативное лечение проведено только 20 (20,2%) детям, 14 (14,1%) находились на диспансерном наблюдении у уролога по месту жительства с диагнозом пиелонефрит.

Заболевание выявлено случайно при проведении УЗИ по поводу других заболеваний: при диагностике пиелонефрита или инфекции мочевых путей - у 15 детей (15,1%), в 8 (8,1%) случаях данный порок был выявлен при проведении профилактического осмотра на УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Локализация патологического процесса: слева – в 36 случаях (36,4%), справа - у 51 детей (51,5%), с двух сторон у 12 (12,1%).

При постановке диагноза степень гидронефроза оценивалась согласно классификации «Общества по фетальной урологии (SFU)» (2003) [4]:

Гидронефроз II степени выявлен у 10 детей (10,1%), III степени - у 56 (58,6%) детей, IV степени у 31 детей (31,3%). При анализе мочевого осадка лейкоцитурия преобладала - у 28 детей (28,3%), эритроцитурия была у 12 (12,1%), протеинурия у 7 ребёнка (7%), наличие эпителия в моче - у 12 (12,1%), слизи – у 8 (8,1%).

В ходе рентгеноурологического обследования все дети имели клинически значимые отклонения от нормы. Из них КТ проведено 32 детям (32,3 %) – выявлено снижение экскреторной функции почек в 88 случаях (88,9%), в 15 (15,2 %) случае отсутствие визуализации почки и её функции. По данным экскреторной урографии снижение функции почки отмечено в 76 (76,7%) случаев. Всем детям проведено УЗИ почек, дополненное УЗДГ сосудов в 35 случаях (35,3%), в результате которого выявлено снижение васкуляризации пораженной почки в 40 (40,5 %) случаях, в 10 случаях (10,1%) визуализирована аберрантная артерия этим больным выполнена разобщающая пиелопластика с формированием антевазального анастомоза,

В 58 (58,6%) случаях была выполнена пиелопластика с использованием способа Хайнца – Андерсена, у 22 (22,1%) детей при полной утрате функции почки выполнена нефрэктомия. Стентирование мочевыводящих путей проведено 9 детям (9,1%). Послеоперационный период протекал без осложнений в 73 случаях (73,6%), у 14 детей (14,1%) – с развитием инфекции мочевых путей. Во всех случаях инфекционные осложнения успешно купированы антибактериальной терапией.

Отдаленные результаты прослежены у всех больных, контрольное обследование проводилось не ранее 3 месяцев после проведения оперативного лечения) - пассаж мочи восстановлен у всех детей. У

большинства детей в динамике наблюдалось уменьшение размеров чашечно-лоханочной системы – в 68 случаях (68,6%). В 9 случаях (9,1%) сохранялось расширение ЧЛС, что требовало проведения дальнейшего наблюдения за динамикой процесса. В 13 случаях (13,1%) после проведения нефрэктомии наблюдалось нормальное функционирование оставшейся почки.

Выводы

Причинами позднего направления детей в специализированный стационар явились бессимптомное течение самого заболевания, ошибки на амбулаторном этапе диагностики и лечения, невнимательность родителей. Гидронефроз без своевременной диагностики и адекватного лечения сопровождается задержкой функционального развития почек, а при присоединении вторичных изменений - полной утратой функции почек

Эффективность лечения врожденного гидронефроза во многом зависит от сроков диагностики и ранней хирургической коррекции. При отсутствии оперативного лечения порока в раннем возрасте, высока частота встречаемости гидронефроза 4 степени у детей старшего возраста, требующего при полной утрате функции почки нефрэктомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурчёнкова Н.В. Отдалённые результаты хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей. //М. Дисс.канд.мед.наук. 2020; с.129.
2. Врублевский С.Г. Прогноз и лечение гидронефроза у детей: дисс. ... д-ра. мед. наук: 14.01.19/ - М., 2008; 161 с.
3. Губарев В.И. и др. Современные подходы к лечению обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей. //Детская хирургия. 2017;21(5):262-266.
4. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Голоденко Н.В. и др. Всегда ли оправдана нефруретерэктомия у новорожденных с обструктивными уропатиями? //Андрология и генитальная хирургия. 2011;12(2):25-29.
5. Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Севергина Э.С. и др. Клинико-морфологическая характеристика состояния почек у детей с гидронефрозом //Детская хирургия. 2007;6:17.
6. Ростовская В.В., Хватынец Н.А., Морозова О.Л. и др. Морфология нарушений уродинамики при врожденном гидронефрозе у детей грудного и раннего возраста. //Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019;98(2):80-87.
7. Сизонов В.В. Диагностика обструкции пиелоуретерального сегмента у детей //Вестник урологии. 2016;4:56.
- a. Aksu N., Yavaşcan O., Kangin M.et al. Postnatal management of infants with antenatally detected hydronephrosis. //Pediatr. Nephrol. 2005;20(9):1253-1259.
8. Babu R. Functional outcomes of early versus delayed pyeloplasty in prenatally diagnosed pelviureteric junction obstruction R. Babu, V.R. Rathish , V. Sai //J. Pediatr. Urol. 2015;11(2):63.
9. Bajpai M., Chandrasekharam V.S. Nonoperative management of neonatal moderate to severe bilateral hydronephrosis //J Urol. 2002;167:662-665.
10. Capello S.A., Kogan B.A., Giorgi L.J. et al. Prenatal ultrasound has led to earlier detection and repair of ureteropelvic junction obstruction //J Urol. 2005;174:1425-1428.
11. Clavien P., Barcun J., Oliviera M. et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications //Ann Surg. 2009;250(2):187-196.
12. Damasio M.B., Piaggio G., Wong M.C.Y./Hydronephrosis and crossing vessels in children: Optimization of diagnostic-therapeutic pathway and analysis of color Doppler ultrasound and magnetic resonance urography diagnostic accuracy //Journal of Pediatric Urology February 2018;14(1):168-68.
13. Fernbach S.K., Maizels M., Conway J.J. Ultrasound grading of hydronephrosis: introduction to the system used by the Society for Fetal Urology //Pediatr Radiol. 1993;23:478-480.
14. Hubert K.C., Palmer J.S. Current diagnosis and management of fetal genitourinary abnormalities //Urol Clin North Am. 2007;34:89-101.
15. Menon P. et al. Outcome analysis of pediatric pyeloplasty in units with less than 20% differential renal function //J Ped Urol. 2016;10:11-18.
16. Polok M. Anderson-Hynes pyeloplasty in children — long-term outcomes, how long follow up is necessary? //M. Polok,W. Apoznanski //Central European Journal of Urology. 2017;70(4):434-438.
17. Ruiz E., Soria R., Ormaechea E., Marcelo M. et al. Simplified Open Approach to Surgical Treatment of Ureteropelvic Junction Obstruction in Young Children and Infants //J Urol. 2011;185:2512–2516.
18. Vemulakonda V. Prenatal Hydronephrosis: Postnatal Evaluation and Management //V. Vemulakonda, J. Yiee, T. Wilcox //Ped. Urol. 2014;15:430-437.

Поступила 20.10.2024