

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Р.М. Нуриддинов, А.А. Азизов

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Актуальность. Вопросы хирургического лечения уролитиаза у детей грудного возраста освещены в литературе не достаточно, хотя в развитие учения об этой болезни большой вклад внесли детские хирурги-урологи (3.6.7). Возникающие серьёзные и сложные вопросы о выборе показаний к хирургическому лечению уролитиаза у грудных детей остаются не решёнными. Нередко на основании клинического проявления и результатов комплексного обследования устанавливается показание к оперативному лечению, но в период подготовки к операции отмечается спонтанное отхождение камней, которое показывает что не всегда выбор показания совпадает с намеченным планом оперативного лечения. Вот почему возникают сложности при решении вопроса об оперативном лечении. Сложность, ответственность за выбор лечения или операции обусловлены ещё и тем, что промедление с оперативным лечением сопровождается деструктивными изменениями в почке и мочевых путях, вплоть до гибели органа.

При проведении оперативных вмешательств необходимо учитывать анатомические особенности поясничной области и почек у детей грудного возраста. Для новорождённых и детей грудного возраста характерна тонкость слоёв ткани поясничной области (отсутствие подкожной жировой клетчатки, недоразвитость мышцы, фасциальные листки и связочный аппарат почки). Нижний полюс правой почки до 3-х лет лежит на уровне 4-5, левой – 4-го поясничного позвонка (7). В мочеточниках детей до года жизни выражены изгибы у места пересечения мочеточника с подвздошными сосудами и в области перехода их в стенку мочевого пузыря. Мочевой пузырь у новорождённых лежит в пределах брюшной полости, у детей грудного возраста он имеет веретенообразную или грушевидную форму. В дальнейшем пузырь приобретает более округлые очертания, а к 10 годам - яйцевидную форму (А.А.Азизов, 1972). Следует отметить, что оперативное вмешательство при уролитиазе у детей грудного возраста без учёта приведённых особенностей мочевой системы сопряжено с различными осложнениями.

Цель работы: усовершенствовать показания и методы хирургического лечения уролитиаза у детей грудного возраста.

Материалы и методы исследования. Из 150 детей грудного возраста с уролитиазом были оперированы 58 (38.6%) больных. Показанием к операции были имеющиеся в почке камни размерами более 1,0см, или камни небольших размеров на фоне аномалии развития мочевых путей, множественные коралловидные камни, обострение гнойно-септических процессов (пиелонефроз, обструктивно - гнойный пиелонефрит, паранефрит). Оперированы также дети, у которых были вклинившиеся в нижнюю треть мочеточника камни, уретра с выраженными обструктивными процессом. По показаниям к операции детей разделили на плановых, нуждающихся в относительно длительной предоперационной подготовке и экстренных, которым требовалось срочное оперативное вмешательство в связи с возникшими тяжёлыми осложнениями. Из 58 оперированных детей 46 (79.2%), оперированы в плановом порядке после предоперационной подготовки в течение 15-20 дней. Они получали комплексное лечение, заключающееся в общеукрепляющей, десенсибилизирующей, антибактериальной терапии с учётом чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам и уроантисептикам. Предоперационная подготовка к плановой операции проводилась параллельно с комплексным обследованием больного.

Результаты и их обсуждение. Из 48 детей, оперированных в плановом порядке, у 26 при

поступлении состояние было оценено как средней тяжести, у этой группы больных предоперационная подготовка направлена на уменьшение интоксикации, устранение сдвигов кислотно-щелочного равновесия, нормализацию температуры тела, улучшение показателей крови, повышение содержания белка крови. С этой целью предоперационная подготовка включала внутривенное введение комплекса витаминов А, В, С, препаратов калия, гепатотропных препаратов, дезагрегантов (реополиглюкин, желатиноль, 5-10% раствор глюкозы), иммуномоделирующих препаратов, Т- активина, тимолина, аевита. С целью повышения белка крови внутривенно вводили альбумин, нативную плазму. Антибиотикотерапия проводилась с учётом чувствительности микрофлоры мочи. Наряду с антибиотиками, дети получали уроантисептики (фуродонин, уросульфан, невидграмон).

Тяжёлое состояние отмечено у 20 больных. Оно было обусловлено КП - в фазе активного течения на фоне ХПН- 2, дефицитом массы тела (от 20- до 40%), рахитом в фазе разгара, повышением креатинина крови от 1.7 мг % до 8.1 мг%. Больным этой группы проводилась комплексная инфузионно- трансфузионная терапия, включающая АТФ, ККБ, иммуностимуляторы, а также детоксикационная, антигистаминная, гормональная терапия. Дети получали альбумин, при необходимости - гемотрансфузии.

По экстренным показаниям оперировано 10 детей. У них наблюдали тяжёлые осложнения уролитиаза ОПН (4), пионефроз с паранефритом (6). Предоперационная подготовка проводилась кратковременно, в течение 12-24 часов.

При ОПН задача лечебных мероприятий заключалась в срочном проведении санационно-декомпрессионной операции с восстановлением уродинамики. С этой целью проводился комплекс консервативных мероприятий - внутривенное введение спазмолитиков (баралгин, ношпа), перидуральная аналгезия (раствор лидокаина из расчёта 3-4мл на кг массы тела), катеризация почки на стороне обструкции, паранефральная блокада, коррекция КОС, кокарбоксилаза, гормоны, сердечные гликозиды, антибиотики.

Выбор метода операции определялся локализацией и размерами конкремента, типом строения лоханки, наличием обструкции и препятствий по ходу МВП, стадией КП и КГ.

Показанием к пиелолитотомии (8) без нефростомии является хорошая экскреторная функция почки, без структурных изменений со стороны ЧЛС. Пиелолитотомия без нефростомии производилась 8 больным, у которых КП был в фазе латентного течения, без грубых структурных изменений и нарушения уродинамики, когда определяется внепочечная или полуприкрытая лоханка.

Показанием для пиелолитотомии с нефростомией ставится в тех случаях, когда имеется внутрипочечная лоханка, независимо от формы и размера конкремента, в зависимости от степени морфофункциональных изменений, т.е. КП 1-2 фазы активного воспаления или КП, КГ 1-2. Пиелотомия с нефростомией произведена 17 (28.8%) больным.

При нефролитотомии 4 из 17 больным ввиду наличия спаечного процесса вокруг почки и мочеточника произведён нефролиз и уретеролиз.

У 2 детей установлена дисплазия (сужение) прилоханочного отдела мочеточника и им выполнен неопиелоуретроанастомоз. Двум больным при нефролитотомии произведена интроренальная пластика для восстановления внутрипочечной уродинамики. Четверым детям при нефролитотомии одновременно произведена эпицистолитотомия из-за наличия камня большого размера (1.2х 1.4см) в мочевом пузыре.

Из 58 оперированных детей грудного возраста с нефролитиазом у 18 имел место билатеральный нефролитиаз. При наличии солитарных камней в обеих почках или мочеточниках оперативное вмешательство осуществлялось в первую очередь на той стороне, где имелись обструктивные явления (4 больных). При отсутствии обструкции (5 детей) целесообразной считалась первоочередная операция на стороне лучше функционирующей почки.

У двух из 18 больных имела место обтурация прилоханочного отдела мочеточника с явле-

нием ОПН. Одному из них произведена пункционная нефростома и операция после 2 - суточной подготовки. Один ребёнок с ОПН оперирован по экстренным показаниям - пиелолитотомия с удалением камня из прилоханочного отдела мочеточника, с нефростомой.

Из 18 детей с билатеральным нефролитиазом 10 больным произведена двухсторонняя нефролитотомия, 6 больным - с одной стороны нефролитотомия, с другой - пиелолитотомия с нефростомой. Двум больным произведён нефролиз и уретеролиз, ввиду наличия спаечного перипроцесса.

Таким образом, дифференцированный выбор тактики и техники выполнения оперативного лечения при уролитиазе у детей грудного возраста с учётом размеров, количества, локализации конкрементов, стадии КП, КГ, ОПН и типа лоханки предотвращает такие нежелательные осложнения как обострение КП, мочевые затёки в паранефральную клетчатку, мочевые свищи и нагноение операционной раны.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение проводилось дифференцированно: при камнях почек размерами более 1.0 см и камнях любых размеров при наличии аномалии мочевых путей, множественных коралловидных камнях, при обострении гнойно-септических процессов (ОПН, пионефроз, паранефрит).

2. Показания к операции разделены на плановые и экстренные. В плановом порядке оперировались дети с неосложнёнными камнями при КП, фазе латентного течения. Экстренно оперированы случаи обструкции мочевых путей с развившимися осложнениями (ОПН, пионефроз, паранефрит).

3. Предоперационная подготовка к плановым операциям длилась 2-4 недели, к экстренным операциям - 12-24 часа.

4. При внепочечной или полуприкрытой лоханке производилась пиелолитотомия с нефростомией, при внутрипочечной лоханке выполнялась нефролитотомия.

5. По показанием производились реконструктивно-восстановительные операции - нефролиз, уретеролиз, внутрипочечная пластика, неопиелоуретероанастомоз, рассечение шейки мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизов А.А., Зиёвиддинов А.Р. Влияние социальных факторов на течение осложнённого уролитиаза у детей. Лит. Городской НПК. «Здоровье матери и ребёнка». Душанбе, 1999. - С.162-164

2. Азизов А.А., Махмаджонов Д.М. Вопросы диагностики и лечения острых обструкций при нефролитиазе у детей. Мат. Респ. НПК. «Осложнения уролитиаза у детей». Душанбе, 1998.- С. 34-37

3. Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Гриненко Е.Ю. Пути снижения факторов риска у детей с уролитиазом. Мат. Респ. НПК «Осложнения уролитиаза у детей». Душанбе, 1998. -С187-190

4. Азизов А.А., Муборақшоев М.Ш., Магзумов Д.Р. К вопросу о ранней диагностике уролитиаза у детей грудного возраста. Мат. Респ. НПК «Осложнения уролитиаза у детей грудного возраста». Душанбе, 1998. -С.31-34

5. Давлатян А.А. Оперативное лечение осложнённых форм коралловидного нефролитиаза. Урология, 2002.-С. 23-27

6. Лапаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Детская урология. М.1986

7. Пулатов А.Т. Уролитиаз у детей. М. 1990

8. Пулатов А.Т., Куркин А.В. Нефролитиаз и пиелонефрит у детей. Душанбе. 1977

9. Маргорин Е.М. Оперативная хирургия детского возраста. М. 1967

ХУЛОСА

Муносибати дифферентсиалӣ ба интихоби усули муолаҷаи ҷарроҳии уролитиаз дар кӯдакони синни ширхорагӣ

Р.М. Нуриддинов, А.А. Азизов

Аз 150 кӯдаки ширхораи гирифтори бемории санги гурда ва роҳҳои пешоббарорӣ (уролити- аз) 58 (38,6%) бемор таҳти амалиёти ҷарроҳӣ қарор гирифтанд. Барои амали ҷарроҳӣ чунин нишондодҳо буданд: сангҳои гурдаи андозаашон зиёда аз 1.0 см, сангҳои марҷоншакл ва аво- ризшуда. Чилу шаш бемор аз рӯи нақша ва 12 нафари дигар аз рӯи нишондодҳои таъҷили ҷарроҳӣ карда шуданд.

Дар мавриди берун аз гурда ҷойгир будани сангҳо ва қисман пӯшондани ҳавзаки гурда амали ҷарроҳии пиелолитотомия (аз ҳавзаки гурда гирифта партофтани сангҳо) ва дар сурати ҷойгиршавии сангҳо дар ҳавзаки дохилигурдавӣ – нефролитостомия (гирифта партофтани сангҳо бо сӯрохкунии гурда) иҷро карда шуданд. Дар ҳолатҳои зарурӣ амалҳои беҳсозӣ ва барқароркунии ҷарроҳӣ гузаронида шуданд.

SUMMARY

DIFFERENTIAL APPROACH TO SELECTION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT UNDER UROLYTHIASIS IN SUCKINGS

R.M. Nuriddinov, A.A. Asisov

58 (38,6%) from 150 suckings with urolythiasis were operated. The indications to operation were renal stones in size 1,0 cm, plural coralloformed and complicated stones; 46 patients were operated plannely, 12 on extra indications. Under extrarenal and half-covered by renal pelvis stones pielolythotomy was made, under intrarenalpelvical stones nephrolythotomy was made. From necessity reconstructive operations were made.



КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Ш.Р. Султонов

**Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный медицинский центр МЗ РТ**

Введение. Среди многих дискуссионных вопросов детской хирургии и ортопедии проблема диагностики и лечебной тактики хронического гематогенного остеомиелита (ХГО) и его последствий остается неразрешённой (1.3.4). Вопросы диагностики и лечения ХГО и его последствий у детей привлекали и продолжают привлекать внимание детских хирургов и ортопедов до настоящего времени. Неудачи и осложнения при лечении последствий гематогенного остеомиелита наблюдаются у 8,7-30%, а по отдельным видам - у 54,5% лечившихся детей (5-7).