

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

ИО Зав. Кафедрой: КМН, доцент Портнягина Э.В.

Руководитель ординатуры: КМН, доцент Портнягина Э.В.

Реферат.

Тема: Обструктивные уропатии

Выполнил: ординатор кафедры детской хирургии
с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской
Погонин Игорь Владимирович.

Красноярск 2018 г.

Обструктивные уропатии у детей

В детском возрасте по сравнению с взрослыми значительно изменяется удельный вес урологических заболеваний. Нозологические единицы, которые у взрослых людей имеют основное значение (например МКБ), у детей занимают более скромное место. А на первый план у них выходят врожденные аномалии мочевыделительной системы, которые составляют 40% среди всех врожденных пороков развития.

Особенность урологических заболеваний у детей связана с преобладанием патологических состояний, обусловленных нарушением уродинамики.

К обструктивным уропатиям относят ряд заболеваний характеризующихся, нарушением пассажа мочи в важнейших «уродинамических узлах», которые выступают в качестве сложных функциональных участков, выполняющих специфические задачи по обеспечению слаженной работы мочевыводящего тракта. Можно выделить 3 таких участка: это лоханочно-мочеточниковый (ЛМС), мочеточниково-пузырный (МПС), пузырно-уретральный (ПУС) сегменты. Функциональное значение ЛМС заключается в обеспечении адекватного поступления мочи из лоханки в мочеточник, МПС – из мочеточника в мочевой пузырь (эвакуаторная функция) и предотвращении ретроградного заброса мочи из пузыря в мочеточник (замыкательная функция), и, наконец, ПУС – в удержании мочи в мочевом пузыре (МП) и выведении ее из МП в уретру и далее наружу.

При возникновении препятствия к оттоку мочи на любом уровне в области указанных уродинамических узлов развиваются различные варианты обструктивных уропатий: гидронефроз простой односторонний, уретерогидронефроз одно- и двухсторонний, явления мегауретера, пузырно-мочеточникового рефлюкса, инфравезикальной обструкции.

Гидронефроз

Гидронефроз (от греч. hydor — вода и nephros ~ почка) — заболевание почки, характеризующееся расширением чашечно-лоханочной системы, прогрессирующей гипотрофией почечной паренхимы с ухудшением всех основных почечных функций в результате нарушения оттока мочи из лоханки и чашечек почки и гемоциркуляции в почечной паренхиме.

Гидронефроз — одно из наиболее частых заболеваний в детской урологической практике, у взрослых чаще встречается в возрасте от 20 до 40 лет У женщин развивается в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Односторонний гидронефроз обнаруживается значительно чаще двустороннего.

ЭТИОЛОГИЯ

Гидронефроз всегда развивается в результате препятствий оттоку мочи, которые локализуются в пельвиоуретеральном сегменте на любом участке мочевыделительной системы. Нередко отмечается сочетание причин, вызывающих препятствие к оттоку мочи. 5 групп:

- препятствия, находящиеся в мочеиспускательном канале и мочевом пузыре;
- препятствия по ходу мочеточника, но вне его просвета;
- препятствия, вызванные отклонением в положении и ходе мочеточника;
- препятствия, существующие в просвете самого мочеточника или в полости лоханки;
- изменения в стенках мочеточника или лоханки, вызывающие затруднения для оттока мочи.

КЛАССИФИКАЦИЯ

по С.Ф.Федорову

1. Начальная – пиелозктазия.
2. Гидрокаликоз
3. Поздняя – гидронефроз.
4. Осложнения – пионефроз.

По Кучера:

1. Простой гидронефроз
2. Уретерогидронефроз

А.Я.Пытель, Н.А.Лопаткин:

1. первичный или врожденный
2. вторичный или приобретенный

Кшески: по локализации препятствия:

1. в области лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС);
2. в мочеточнике;
3. в нижних мочевых путях;
4. нейрогенные нарушения.

Причины простого врожденного гидронефроза:

1. Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента
2. Добавочный (аберрантный сосуд) в области ЛМС
3. Эмбриональные спайки в области ЛМС
4. Фиксированный перегиб мочеточника
5. Высокое отхождение мочеточника
6. Клапан в области ЛМС

Патогенез

Согласно современному учению о гидронефрозе, его течение разделяют на три стадии.

- 1 стадия — расширение только лоханки (пиелозктазия) с незначительным нарушением почечной функции.
- 2 стадия — расширение не только лоханки, но и чашечек (гидрокаликоз) с уменьшением толщины паренхимы почки и значительным нарушением ее функции.
- 3 стадия - резкая атрофия паренхимы почки, превращение ее в тонкостенный мешок.

В начальной стадии гидронефротической трансформации, при стазе мочи в лоханке развивается гипертрофия мускулатуры чашечно-лоханочной системы. Постепенная гипертрофия спиральной мускулатуры чашечек приводит к резкому повышению давления мочи на сосочек и форникальную зону по сравнению с секреторным давлением в мочевых канальцах; это создает препятствием нормальному выделению мочи из сосочков в почечную лоханку, компенсируемое уменьшенной секрецией мочи. Рабочая гипертрофия мышечных элементов малых чашечек и лоханки сменяется их истончением, что нарушает отток мочи из них и приводит к дилатации почечной лоханки и чашечек с последующей гипотрофией сосочков и почечной паренхимы

Одним из важных моментов в возникновении гидронефроза является задержка выведения мочи из функционирующих участков почки, что наблюдается даже, при кратковременном повышении внутрилоханочного давления, когда еще нет расширения лоханки. Высокое давление в почечной лоханке вызывается не только поступающей в нее мочой, но и сокращением мускулатуры чашечек, особенно форникального и чашечного сфинктеров. Сокращение этих гипертрофированных сфинктеров способствует нарушению целостности сводов чашечек, что облегчает обратное поступление мочи из лоханки в паренхиму почки (лоханочно-почечный рефлюкс). Далее начинается гипотрофия почечных пирамид вследствие сдавления их трансфорникальным отеком; сосочки постепенно уплощаются, сосочки постепенно становятся вогнутыми, исчезают форниксы, стенки чашечки в области форникса становятся более пологими, округлыми. Бертиниевы колонны остаются неизмененными. Укорачиваются или медленно исчезают петли Генле. Увеличивающееся давление жидкости в почечной лоханке приводит к постепенной облитерации пирамид, а также к сдавлению бертиниевых колонн. Повреждение почечных клубочков на этом этапе еще незначительное. Некоторые клубочки функционируют с высоким фильтрационным давлением, другие — с низким, поэтому гломерулярный фильтрат, продуцируемый одной частью паренхимы, в которой клубочковая фильтрация еще обеспечивается высоким кровяным давлением, достигает чашечно-лоханочной системы, а оттуда вследствие тубулярного рефлюкса поступает в собирательные каналы той части паренхимы, в которой клубочки еще функционируют, но при сниженном кровяном давлении. Большая разница в кровяном давлении двух таких групп клубочков способствует обратной фильтрации мочи в клубочки с низким фильтрационным давлением. Происходит разрыв форниксов – пиеловенозный рефлюкс и лимфатическая реабсорбция

Клиническая картина

Гидронефроз часто развивается бессимптомно, по мере прогрессирования гидронефротической трансформации и особенно в случае присоединения пиелонефрита клиническая картина становится типичной: превалирует боль в животе или в пояснице, которая носит неопределенный характер (от почечной колики до тупых ноющих болей).

При назначении диуретических средств выраженность болей усиливается

Основная триада симптомов:

1. Боль
2. Изменения в анализах мочи
3. Пальпируемое опухолевидное образование

Боль – может не проявляться, или носить характер от постоянных до тупых, ноющих болей до приступов колики. При длительном течении болезни интенсивность болей снижается вследствие гибели большей части почечной паренхимы.

Изменения в анализах мочи - Гематурия - нередкий, а иногда и единственный симптом гидронефроза. Она возникает вследствие внезапного и быстрого снижения внутри лоханочного давления при кратковременном восстановлении оттока мочи из почки. Источником кровотечения становятся вены форниксов. Выраженная макрогематурия при гидронефрозе встречается редко. Лейкоцитурия – в результате развития вторичного пиелонефрита.

Пальпируемое опухолевидное образование — опухолевидное образование, прощупываемое в подреберье, а при большом гидронефрозе и выходящее за его пределы. С гладкой поверхностью, эластичной консистенцией, безболезненного, умеренно подвижного.

Диагностика

Диагностика. В связи с широким внедрением в практическую медицину ультразвукового мониторинга процент диагностики гидронефроза, в том числе и на ранних стадиях его развития, значительно увеличился. Достаточно четко определяется дилатация чашечно-лоханочной системы, увеличенная в размере почка, на поздних стадиях — ее истончение. Однако порой бывает трудно дифференцировать гидронефроз со множественными солитарными кистами почки, парапельвикальной кистой, кистами почечного синуса, полимегакаликозами.

Необходимо учитывать, что у 20-25% плодов в норме на III триместре беременности отмечается так называемый физиологический гидронефроз, который только после рождения ребенка самостоятельно ликвидируется. На основании УЗИ плода также крайне сложно от дифференцировать гидронефроз от уретерогидронефроза, обусловленного обструкцией терминального отдела мочеточника или пузырно-мочеточниковым рефлюксом. И связи с этим лечебная тактика должна определяться только после рождения ребенка.

Новорожденным и детям первых 2 месяцев жизни, у которых до рождения при УЗИ был диагностирован гидронефроз, показано выполнение экскреторной урограммы и по показаниям ретроградная цистография для уточнения диагноза и определения дальнейшей лечебной тактики. Современные методы исследования позволяют детально анализировать результаты урографических исследований. К доплерографии (особенно при трехмерной регистрации) прибегают при подозрении на aberrantный сосуд, ретрокавальном мочеточнике, возникшем при выполнении экскреторной урографии.

Алгоритм обследования и ведения больных с обструктивными уropатиями в возрасте от 0 до 2 месяцев

I этап

- Диуретическое УЗИ
- Допплерография ренальных сосудов, определение индекса резистентности и мочеточниково-пузырного выброса
- Радионуклидное исследование
- Цистография

II этап

- Контрольное УЗИ в возрасте 1 мес, 3 мес, 6 мес, 1 года, при сохранении дилатации ЧЛС – обследование и решение вопроса о дальнейшей тактике
- Экскреторная урография в 1-1,5 месяца
- Оперативное лечение - при наличии гидронефроза

Диургическое УЗИ

- Определение передне-заднего размера лоханки
- Введение лазикса в дозировке 0,5-1,0 мг/кг
- Определение размеров лоханки через:
15 минут, 30 минут, 45 минут, 60 минут
- В норме - возвращение к исходным размерам

через 30-40 минут.

- При гидронефрозе после введения лазикса увеличение передне-заднего размера лоханки составляет 60-100% от исходного, отсутствует возвращение к первоначальным размерам к 60-й минуте исследования

Экскреторная урография дает представление о секреторной функции паренхимы и эвакуаторной деятельности лоханки и мочеточника как пораженной, так и здоровой почки.

КТ и ее модификации: компьютерная урография, спиральная КТ, а также магнитно-резонансная томография (МРТ). Данные методы диагностики с высокой разрешающей способностью позволяют оценить анатомию забрюшинного пространства и органов малого таза. Использование КТ и МРТ показано при подозрении на новообразования забрюшинного пространства, органов мочеполовой системы. Полученная информация позволяет уточнить локализацию патологического образования, протяженность стриктуры. Спиральная КТ с возможностью получения четкого анатомического изображения интересующего участка в трехмерном пространстве дает необходимую информацию для планирования оптимального оперативного вмешательства. Спиральная КТ позволяет также установить наличие сосудов в зоне стриктуры, что особенно важно при эндоурологических вмешательствах.

Лечение

Лечение гидронефроза должно быть направлено на сохранение органа и устранение причины, вызвавшей развитие патологического процесса.

Консервативное лечение при гидронефрозе играет вспомогательную роль. Оно сводится к терапии, направленной на купирование воспаления, и к симптоматической терапии (облегчение болей, коррекция АГ, лечение ХПН). Консервативную терапию следует активно использовать в предоперационном периоде для подготовки больного к операции.

Среди различных методов оперативного лечения наиболее распространены реконструктивные органосохраняющие операции. Цель оперативного лечения — восстановление нормального пассажа мочи из почки, сохранение функции этого органа, профилактика прогрессирования хронического пиелонефрита и гибели почечной паренхимы. Пластическая операция показана на той стадии одно- и двустороннего гидронефроза, когда функция паренхимы в достаточной степени сохранена, а причина, вызвавшая болезнь, может быть устранена.

К настоящему времени предложено множество способов реконструкции верхних мочевыводящих путей при гидронефрозе

— открытые ре конструктивно-пластические операции: различные варианты уретеропиелоанастомоза с резекцией или без резекции суженного участка, «лоскутные» пластические операции, уретерокаликаноанастомоз и другие

— эндоурологические операции с использованием перкутанного (чрескожного) и трансуретрального доступов; бужирование, баллонная дилатация, эндоскопическое рассечение стриктуры (эндотомия)

— лапароскопические и ретроперитонеоскопические пластические операции.

Реконструктивные операции при гидронефрозе, показаны при сохранении функции почек более 40%, при индексе резистентности не более 0.85 без редукции почечного кровотока.

При гидронефрозе, рекомендуется проведение оперативного лечения в возрасте 1-1.5 месяцев жизни.

УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ

Уретерогидронефроз - патологическое состояние, при котором в результате врожденного, приобретенного или функционального факторов возникает нарушение пассажа мочи в юкставезикальном, интрамуральном и инфравезикальном отделах, следствием чего является расширение и увеличение в размерах мочеточника.

Классификация. В зарубежной литературе наибольшее распространение получила классификация в которой выделяется три группы:

1. обструктивная
2. рефлюксирующая и
3. нерефлюксирующая формы.

Теории возникновения

По данным исследователей, расширение мочеточника является следствием остановки развития его дистального отдела на 4-5-м месяце гестации. При патологическом исследовании резецированного стенозированного отдела обнаруживается перерождение мышечной ткани в соединительную, изменения ориентации мышечных волокон развитие интерстициального фиброза.

По данным А.Л. Ческиса, во всех исследованиях обнаруживается «фиброзный блок с резким сужением просвета мочеточника в результате избыточного количества коллагеновой ткани и беспорядочно расположенных в ней мышечных волокон. Толщина стенки уменьшена (врожденная сегментарная гипоплазия)

Причины	врожденного	уретерогидронефроза
1.Клапан	по	ходу мочеточника
2.Ретрокавальный	и ретроилиакальный	мочеточник

3.Стриктура	в	предпузырном	отделе	мочеточника
4.Стриктура	в	интрамуральном	отделе	мочеточника
5.Уретероцеле				
6.Мегатреугольник Льюто				

Клиническая картина. Врожденный, обструктивный, неретрофлексующий мегауретер длительное время не проявляется какими-либо клиническими симптомами. Диагноз чаще всего устанавливается при УЗИ с целью диспансеризации ребенка или диагностировании заболеваний органов брюшной полости. Первые симптомы появляются при присоединении мочевой инфекции, чаще всего это признаки хронического пиелонефрита с периодическими обострениями. Наиболее частыми симптомами являются дизурия и лейкоцитурия. При одностороннем поражении состояние ребенка длительное время остается удовлетворительным, при двустороннем есть симптомы отставания в физическом развитии, хронической почечной недостаточности в ранние годы жизни.

Длительное бессимптомное течение болезни является одной из причин позднего ее диагностирования. На этой стадии течения болезни практически во всех наблюдениях при УЗИ выявляется выраженное расширение мочеточника и чашечно-лоханочного аппарата. На экскреторной урограмме убедительно выявляется не только расширение тазового отдела мочеточника, но и всех его сегментов.

Диагностика. УЗИ, экскреторная урография, КТ и ее модификации: компьютерная урография, спиральная КТ, а также магнитно-резонансная томография (МРТ). Данные методы диагностики с высокой разрешающей способностью позволяют оценить анатомию забрюшинного пространства и органов малого таза. Полученная информация позволяет уточнить локализацию патологического образования, протяженность стриктуры.

Лечение. Несмотря на высокую степень выраженности у детей компенсаторных процессов, в отличие от взрослого организма выбор оперативной коррекции зависит от многих факторов. Прежде всего от общего состояния ребенка, что, в свою очередь, зависит от возраста ребенка, односторонности или двусторонности поражения, степени выраженности потери функции почки и мочеточника, осложняющих факторов основного заболевания. Выбор метода оперативной коррекции зависит от стадии течения болезни, т.е. от степени выраженности компенсаторного процесса.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) — это обратный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточник и полостную систему почки, обусловленный врожденным или приобретенным нарушением антирефлюксного механизма пузырно-уретерального сегмента

Причин возникновения рефлюкса наиболее часто диагностируют пороки устья мочеточника — врожденный короткий интрамуральный отдел,

реже — парауретеральный дивертикул, среди пороков развития пузырно-уретерального сегмента болезнь Мариона.

Другой частой причиной развития пузырно-мочеточникового рефлюкса, особенно у девочек, бывает длительно существующая и часто рецидивирующая инфекция нижних мочевыводящих путей. Она приводит к склерозу предпузырного и терминального отделов мочеточника, а также к гибели эластических элементов, атрофии мышечных волокон,

включая и муфту Вальдейера, что приводит к ригидности и зиянию устья мочеточника, укорочению интрамурального отдела и превращению его в ригидную трубку.

В норме устье мочеточника представляет собой своеобразный клапан, в котором передняя, почти лишенная мышечных волокон стенка интрамурального отдела при повышении внутрипузырного давления прижимается к задней мышечной стенке, что в момент микции препятствует регургитации мочи в мочеточник. Устье замыкается сокращением циркулярных мышечных волокон, расположенных в дистальном отделе нижнего цистоида мочеточника (так называемый предпузырный сфинктер), сокращением продольных мышц, переходящих на стенку мочевого пузыря и окружающих устье, но не достигающих треугольника.

Антирефлюксная защита мочевых путей включает как минимум шесть анатомических и функциональных элементов:

- 1) лепестковый клапан внутрипузырного отдела мочеточника;
- 2) интрамуральный отдел мочеточника, длина которого зависит от толщины стенки мочевого пузыря и угла вхождения отдела мочеточника в мочевой пузырь;
- 3) юкставезикальный отдел мочеточника, ограниченный влагищем Вальдейера;
- 4) внутрилоханочное и внутримочеточниковое давление, противодействующее ретроградному току мочи из мочевого пузыря в почку;
- 5) сопротивление мочеточниковой стенки ретроградному току мочи;
- 6) симфоноподобные изгибы в тазовом и прилоханочном отделах мочеточника (Чумаков П.И., 2006).

Механизм транспорта мочи из лоханки:

1. Давление вырабатываемое нефроном
2. Гидростатическое давление мочи
3. Активная перистальтика мочеточника

Этиология ПМР полиморфна, в частности причинами нарушения функции уретерального сегмента являются пороки его развития, инфравезикальная обструкция, обусловленная пороками шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, длительная хроническая инфекция мочевого пузыря, посттравматические нарушения пузырно-уретерального соустья и неврогенное расстройство мочевого пузыря.

Длительно существующий ПМР способствует организации функционального стеноза, в результате чего экстравезикальная часть мочеточника теряет способность к сокращению.

При эктопии устья мочеточника изменен угол вхождения его в мочевой пузырь, отрезок интрамурального отдела короткий, нет предпузырного сфинктера и продольных мышц, переходящих в мочевой пузырь. Эти мышцы отсутствуют также и при врожденном зиянии устья мочеточника, располагающегося в обычном месте, а также при уретероцеле.

Длительно существующая инфекция нижних мочевых путей нарушает функцию антирефлюксного механизма: отмечают хронический уретерит, склероз предпузырного и терминального отделов мочеточника. Гибель эластических элементов, атрофия мышечных волокон, включая муфту Вальдейера, приводят к тому,

что устье становится ригидным, зияющим, интрамуральный отросток мочеточника укорачивается и превращается в ригидную трубку.

Таким образом, этиология ПМР полиморфна. В каждом конкретном наблюдении должна быть уточнена причина возникновения ПМР, а исходя из этого определено и лечение этого патогенетического состояния.

Патогенез.

Первичный ПМР

Обусловлен аномалиями ПМС, которые являются следствием неправильного развития мочеточникового выроста Вольфова протока на 5-й неделе эмбриогенеза.

Представить аномалии ПМС можно следующим образом:

1. широкая постоянно зияющая форма устья мочеточника;
2. расположение устья мочеточника вне зоны мочепузырного треугольника (латеропозиция);
3. удвоение мочеточника
4. полное отсутствие или укорочение подслизистого отдела ПМС;
5. нарушение морфологического нормального строения ПМС (дисплазия).

Вторичный ПМР

Причины:

6. Инфравезикальная обструкция (мегатреугольник Льето, стриктура уретры, клапан уретры, склероз шейки мочевого, гипертрофия семенного бугорка, фимоз)
7. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря(гиперактивный мочевой пузырь ,сфинктерно-детрузорная диссинергия)
8. Цистит (особенно при наличии выраженного воспаления в области треугольника Льето и устья мочеточника - тригонит);

Классификации.

По Эйкелю – Паркулайнену:

1 степень – заброс мочи в дистальный отдел мочеточников.

2 степень – заброс мочи в мочеточник и полостную систему почки без ее дилатации.

3 степень – заброс мочи в мочеточник и полостную систему почки с расширением лоханки (пиелозктазия), без поражения паренхимы.

4 степень – заброс мочи в мочеточник и полостную систему почки с резким расширением мочеточника, лоханки и чашечек с поражением почечной ткани.

5 степень – заброс мочи в мочеточник и полостную систему почки с атрофией почечной паренхимы

Таким образом, если учитывать представленную классификацию с позиции выбора вида лечения, то с учетом степени снижения функции почки и других факторов (генез. вид ПМР, клиническое течение, уровень ПМР, осложнение) врачом объективно определяется лечебная тактика.

Клиническая картина. Большинство исследователей едины во мнении, что ПМР не имеет патогномоничных симптомов. Удастся установить первые признаки начала заболевания — первые пиелонефритические атаки. У 35-40% детей обнаруживаются дизурические расстройства, у 60% — боли в животе без ее четкой локализации. В раннем возрасте на фоне пиелонефритической атаки отмечаются явления токсикоза и эксикоза, высокая температура тела, диспепсические расстройства. При исследовании мочевого осадка выявляют лейкоциты. Патогномоничные симптомы отсутствуют и при интермиттирующей форме ПМР. По данным Н.Г. Москалевой (2000), при этой форме наиболее часто регистрируются атаки пиелонефрита в сочетании с лейкоцитурией (40%), которая возможна и без атаки пиелонефрита. Боли в животе, поясничной области выявляются лишь в 19%, а болезненное и учащенное мочеиспускание — только в 6-7% наблюдений. Эти симптомы обнаруживаются и у пациентов, которым ранее была выполнена антирефлюксная операция в связи с дифференцированным ПМР.

Диагностика. Ведущее место в диагностике придается комплексному исследованию больного: УЗИ, цистоскопия, радионуклидные методы исследования, экскреторная урография, цистоуретрография, газовая (кислородная) цистография.

УЗИ применяют с целью определения степени расширения чашечно-лоханочной системы, размеров почек, толщины их паренхимы, различных вариантов ее деформации. К сожалению, размеры почки и толщина ее паренхимы изменяются только на поздних стадиях развития патологического процесса при диагностировании ПМР IV-V степеней.

Для установления ПМР применяют цистографию. Мочевой пузырь наполняют контрастными веществами или газом (чаще кислородом). Использование газовой цистографии под контролем ультразвуковых аппаратов позволяет диагностировать ПМР на самых ранних этапах его развития. Этот метод избавляет ребенка от рентгеновского облучения. Он особенно показан при интермиттирующей форме ПМР.

Методика газовой цистографии. После сонографии мочевой пузырь опорожняют с помощью катетера. Затем, используя двухходовой катетер наполняют мочевой пузырь пациента в положении лежа. Скорость наполнения близка к физиологической (5-10 мл/мин) до появления у пациента первого и максимального позывов. Количество вводимого кислорода должно соответствовать возрастной норме объема мочевого пузыря.

Экскреторная урография позволяет определить функцию клубочкового аппарата почки. При выделении контрастного вещества в чашечно-лоханочную систему позже 5-10 мин после его внутривенного введения можно думать об удовлетворительной функции этого аппарата почки, позже 12-30 мин — об умеренно сниженной и через 30-120 мин — о значительно сниженной функции. Косвенными симптомами ПМР являются расширение дистального отдела мочеточника, заполнение контрастным веществом мочеточника на всем протяжении в сочетании с его расширением и дилатацией лоханки и чашечек, удвоение почки и верхних мочевых путей. При установлении диагноза ПМР на газовой цистограмме микционную цистоуретрографию делают только для определения лечебной тактики, выбора оперативной коррекции рефлюкса и диагностики сопутствующих пороков развития: уретероцеле, инфравезикальной обструкции, клапанов уретры.

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение ПМР: обычно проводят в течение 6 месяцев, а затем, при его неэффективности, осуществляют хирургическое или эндоскопическое лечение. Некоторые авторы длительность консервативного лечения ПМР увеличивают до 1-2 и даже 5 лет, при этом основную роль отводят противомикробному лечению и физиотерапии, фитотерапии и метаболитно-коферментной терапии.

Коррекция метаболических нарушений в нервно-мышечных структурах мочеточника и мочевого пузыря (элькар, пикамилон, гипербарическая оксигенация, физиотерапевтические процедуры).

– Профилактика и лечение инфекции мочевых путей (уроантисептики, антибактериальная терапия, иммунокоррекция, фитотерапия).

– Устранение имеющихся нарушений уродинамики на уровне нижних мочевых путей.

Эффективность консервативного лечения зависит от наличия органических изменений в пузырно-мочеточниковом сегменте и при I-III степени пузырно-мочеточникового рефлюкса составляет 60-70%. В случаях сохранения рефлюкса и рецидивирующего течения пиелонефрита ставят вопрос об операции.

Оперативное лечение. До последних лет единственным оперативным методом лечения ПМР являлись антирефлюксные операции для восстановления, нарушенного антирефлюксного механизма. С внедрением в практическое здравоохранение тefлона, других синтетических препаратов, а также различных коллагенообразующих белковых препаратов определенное место заняла эндоскопическая коррекция — введение в парауретеральную клетчатку в области устья мочеточника этих веществ.

Основой большинства методик оперативного лечения является удлинение интрамурального и подслизистого отделов мочеточника:

- а) удлинение подслизистого отдела с перемещением устья или без перемещения;
- б) восстановление антирефлюксного механизма путем погружения экстравезикального отдела в толщу стенки мочевого пузыря со вскрытием слизистой оболочки мочевого пузыря или без ее повреждения;
- в) удлинение подслизистого тоннеля с перемещением устья мочеточника в дистальном направлении;
- г) создание уретероцистоанастомоза с образованием «соска», играющего роль антирефлюксного механизма.

Наибольшую популярность получил метод Политано-Ладбеттера (1958). Устье и часть мочеточника выделяют из области подслизистого канала и интрамурального отдела до впадения мочеточника в наружную стенку мочевого пузыря. В зависимости от возраста ребенка длина мобилизованной части составляет 3--5 см. На 1-3 см выше ранее расположенного устья вскрывают слизистую оболочку. Специальным инструментом создают дефект в толще мышечной стенки мочевого пузыря, захватывают за предварительно наложенные на стенку мобилизованного мочеточника держалки и мочеточник выводят внутрь мочевого пузыря. Создают подслизистый тоннель длиной не менее 3 см, через него проводят мочеточник, где формируется новое

Литература

1. Гельдт В.Г. Пиелозктазия новорожденных и грудных детей. —Детская урология. — 2000, 2. — С. 22-26.
2. Николаев В.В., Абдулаев Ф.К. и др. Эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. — Детская хирургия. —1997, № 1.-С. 51-54,
3. Державин В.И. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей.— Москва. 1991.
4. Долгов Б.В., Дерюгина Л.А. и др. Сравнительные результаты эндо-имплантации различных материалов для коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. — Саратовский вестник, — 2004, 2(5). - С. 23-26.
5. Звара В., Яцик И.К. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. ~ Москва. 1990.
6. Казанская И.В., Бабаип ИЛ. и др. Обоснование эндоскопической тактики лечения обструктивных нарушений. Матер. Тр.«Актуальные проблемы детской урологии. — Харьков, 2000. —С. 35-39.
7. Либерман Э. ПМР: от внутриутробного периода до взрослого возраста. — Нефрология. — 1999, № 2, — С. 78-82.
8. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, —М.:Медиа. 1990.- 203 с.
9. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Москалева Н.Г. Интермиттирующий пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. — М., 2002. — 180 с.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра детской хирургии с курсом ПО им.проф. В.П.Красовской

Рецензия зав. кафедрой детской хирургии с курсом ПО им.проф. В.П.Красовской, доцента,
КМН Портнягиной Эльвиры Васильевны на реферат ординатора первого года обучения по
специальности Детская хирургия Погонин Игора Владимировича по теме: «Обструктивные
уропатии у детей».

Обструктивные уропатии остается актуальной проблемой в детской урологии детей раннего возраста. Наличие стертой клинической картины, затрудняет своевременную диагностику раннее начало консервативной терапии, при невозможности оперативной. Быстрота гибели почечной ткани дает свой отпечаток на качество дальнейшей жизни.

Перед врачом стоит ответственность за своевременную диагностику гидронефроза и пузырно-мочеточникова рефлюкса и своевременное оперативное лечение.

Целью данного реферата являются рассмотрение врачом-ординатором данных об этиологии, патогенезе, диагностике и лечения в детской хирургии, для улучшения профессиональных компетенций. Реферат соответствует всем требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения по специальности Детская хирургия:

№	Оценочные критерии	Положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	-
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись ординатора

Подпись рецензента: Зав. кафедрой
детской хирургии с курсом ПО им.
Прф. В.П. Красовской, доцент, КМН
Портнягина Эльвира Васильевна

/Погонин И. В./

В

Портнягина

Реферат выполнен в полном объеме, содержание реферата соответствует теме, структура реферата соответствует требованиям. Не выявлено ошибок.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра детской хирургии с курсом ПО им.проф. В.П.Красовской

Рецензия зав. кафедрой детской хирургии с курсом ПО им.проф. В.П.Красовской, доцента, КМН Портнягиной Эльвиры Васильевны на реферат ординатора первого года обучения по специальности Детская хирургия Погонин Игора Владимировича по теме: «Обструктивные уропатии у детей».

Обструктивные уропатии остается актуальной проблемой в детской урологии детей раннего возраста. Наличие стертой клинической картины, затрудняет своевременную диагностику раннее начало консервативной терапии, при невозможности оперативной. Быстрота гибели почечной ткани дает свой отпечаток на качество дальнейшей жизни.

Перед врачом стоит ответственность за своевременную диагностику гидронефроза и пузырно-мочеточникова рефлюкса и своевременное оперативное лечение.

Целью данного реферата являются рассмотрение врачом-ординатором данных об этиологии, патогенезе, диагностике и лечения в детской хирургии, для улучшения профессиональных компетенций. Реферат соответствует всем требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения по специальности Детская хирургия:

№	Оценочные критерии	Положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	-
8.	Крут использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента: Реферат выполнен в соответствии с требованиями, содержанию реферата соответствует, структура логична, не выявлено ошибок.
Дата: 15.05.2024 г.
Подпись ординатора: Погонин И. В./

Подпись рецензента: Зав. кафедрой
детской хирургии с курсом ПО им.
Проф. В.П. Красовской, доцент, КМН
Портнягина Эльвира Васильевна

 