

© Томусяк Т.Л., Федорук О.С.

УДК 616.61/.62-002-092-07-08

УРЕТЕРОГІДРОНЕФРОЗ ПІЗНІХ СТАДІЙ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Т.Л.Томусяк, О.С.Федорук

Кафедра медичної підготовки (зав. – проф. Т.Л.Томусяк) Чернівецького національного університету ім. Ю.Федьковича, кафедра анестезіології, реанімації та урології (зав. – проф. В.М.Конович) Буковинського державного медичного університету

Результати хірургічного лікування уретрогідронефрозу (УГ) залежать від стадії патологічного процесу [1, 2]. Складність проблеми полягає в тому, що для лікаря необхідність вирішення питань про відновлювальні операції і їх доцільність виникає, як правило, при пізніх стадіях гідронефротичної трансформації [3, 4]. Під пізньою стадією УГ ми розуміємо етап розвитку патологічного процесу, який включає перехід від стадії гідрокалікозу (II стадія) до термінальної (III стадія) – фази кінцевої загибелі ниркової паренхіми [5].

Ретенційні зміни верхніх сечових шляхів (ВСШ) та обструктивна нефропатія – взаємопов'язані та одночасні процеси, проте темпи розвитку декомпенсації моторики ниркової миски і сечовода завжди випереджають прогресувальні зміни паренхіми при обструктивній нефропатії, тобто при кінцевій стадії УГ збережена паренхіма могла би ще забезпечити цілком достатню функцію нирки. Термінальна декомпенсація ВСШ не означає термінальної функціональної недостатності гідронефротичної нирки [6, 7].

Старий афоризм "гідронефротична нирка – вічно функціонуючий орган" слід розуміти так: тривалим функціональноздатним органом є уражена нирка, але не уражені ВСШ. Клініцисти ж із-за відсутності простих і достеменних методів об'єктивної оцінки скоротливої здатності сечовода схильні прирівнювати ступінь функціональних порушень нирки зі стадіями змін у ВСШ.

У зв'язку з цим показання до операційного втручання і його характер залежать перш за все від функціональної здатності ураженої нирки. Якщо на ранніх або термінальних стадіях УГ такий практичний підхід виправданий (органозберігальна відновлювальна операція завжди

показана на ранніх стадіях, нефректомія – в термінальних стадіях), то стосовно пізніх стадій УГ показання до пластики враховують як функціональні ресурси ураженої нирки, так і зворотність порушень скоротливої здатності ВСШ.

У міру вивчення функціональних даних пластики впродовж першого року після втручання ми виявили, що показання до хірургічного лікування при пізній стадії УГ повинні враховувати результати оцінки цього патологічного процесу за його основними складовими: обструктивна нефропатія, порушення моторики ураженої стінки ВСШ і стан контрлатеральної нирки.

Усунення високого внутрішньомискового тиску пункційною нефростомією або встановленням стента дає змогу за допомогою фармако-ренографії або динамічної сцинтиграфії отримати дані про реальні функціональні можливості ураженої нирки. Декомпресію блокованої нирки модулюють, ніби "авансом", ще до пластики, створюючи умови для хірургічного відновлення її функції. Отже, на етапі передопераційного обстеження ресурси функціонально збережених залишків ниркової паренхіми оцінюють не за хибними даними, а за допомогою функціональних тестів (радіоізотопних, біохімічних), що фактично девальвує значення інтраопераційної біопсії паренхіми нирок.

Функціональний стан нирки при пізньому УГ характеризується різким пригніченням канальцевої реабсорбції і секреції та збереженням різного ступеня водовидільної здатності (за рахунок клубочкової фільтрації). Добовий об'єм виділеної такою ниркою сечі може досягати 800-1000 мл. Контрастування сечових шляхів під час екскреторної урографії нерідко трактується при цьому як ознака достатньої функ-

ціональної здатності. В той же час ефект контрастування зумовлений фільтраційним механізмом виділення рентгенконтрастної речовини [1, 7]. Отже, при УГ пізніх стадій задовільне контрастування уражених ВСШ на урограмах не відображає задовільну функціональну здатність цієї нирки.

Крім того, слід пам'ятати про ще один не менш важливий для діагностики УГ ефект передопераційного усунення суправезикальної ретенції сечі. Нормалізація артеріального тиску у хворих на УГ після декомпресії нирки за допомогою стента або пункційної нефростомії уточнює генез гіпертензії, вказує її пряму залежність від порушень уродинаміки. В подібних випадках відпадає потреба в нирковій ангіографії з дослідженням крові на концентрацію реніну, тим самим усувається ризик ускладнень, пов'язаних з судинними дослідженнями, а також спрощується саме обстеження хворих без втрати ефективності діагностичної інформації. Оцінка скоротливої здатності ураженої стінки ВСШ могла б здійснюватися завдяки антеградному проникненню в миску і сечовід з пункційного доступу. Проте цей метод ще досі в стадії розробки [8].

Функціональні показники ураженої нирки на етапі діагностики обструктивної нефропатії можна використовувати для безпосередньої оцінки стану моторики ВСШ. Цьому передують контроль адекватності просвіту післяопераційного анастомозу. Дослідження проводили в післяопераційному періоді за допомогою антеградної перфузійної манометрії через нефростому. Створення в системі "нефростомічний дренаж-миска-сечовід-сечовий міхур-уретральний катетер" фізіологічно максимального перфузійного потоку рідини (7 мл/хв.) свідчить про повну функціональну здатність та адекватність просвіту сечовода від мисково-сечовідного сегмента до вічка [9]. Мабуть тільки за таких умов параметри екскреторної здатності заблокованої нирки можна використовувати як початкові: їх зміни після пластики будуть у певній мірі відображати стан уродинаміки і функціональну активність ВСШ у різні терміни післяопераційного періоду.

Відсутність динаміки ренографічних показників через 4 і 6 місяців після пластики вказує на те, що адекватний пасаж сечі з нирки не забезпечується, незважаючи на достатній діаметр

створеного анастомозу, що є підставою для висновку про втрату скоротливої активності стінки миски.

Важливим є механізм транспортування сечі в подібних ситуаціях з миски по сечових шляхах. Евакуація здійснюється за рахунок гідростатичних сил: сеча значний час накопичується в мисці і тільки при досягненні необхідного для її руху градієнта тиску між мискою і сечовим міхуром (що легше настає у вертикальному положенні хворого або при порожньому сечовому міхурі після сечовипускання) перетікає в сечовід і далі в сечовий міхур, тобто навіть при наявності адекватного перерізу створеного анастомозу вище нього створюється хронічна або так звана "переміжна ретенція сечі".

Як показує практика, реконструктивна операція – переважаючий вид хірургічного втручання з приводу пізнього УГ. Але виконання її на функціонально нежиттєздатних сечових шляхах безперспективне. Виходом при цьому можуть бути аутотрансплантація або пластика. Це підтверджують спостереження з поганим функціональним результатом після пластики, в яких, незважаючи на анатомічно успішну відновлювальну операцію на сечових шляхах, настала повна втрата функціональної здатності нирки, спричинена уростазом. Клінічні наслідки після операційного уростазу при цьому можуть бути різними. Гострий гнійний процес у нирці (карбункул, гнійний паранефрит, ускладнений бактеріємічним шоком) розвивається впродовж першого року після видалення дренажу і загоєння нефростомічної нориці. В подібних випадках доводиться знову дренувати нирку.

Нирка може зморщитися без будь-яких клінічних проявів, а результати пластики будуть розцінені як задовільні (задовільна прохідність ВСШ за даними антеградної пієлографії, швидка облітерація нориці після видалення дренажу, відсутність болю в попереку, атак пієлонефриту, гіпертензії, покращання самопочуття хворого після операції). Отже, до моменту відновлення скоротливої здатності ВСШ може виявитися, що функціональна деградація нирки незворотна, хоча передопераційні тести свідчили про достатність її функціональних ресурсів.

Пластична операція навіть на функціонально збереженому сечоводі не тільки не призводить до негайного відновлення скоротливої здатності його стінки, але й тимчасово погіршує

порушену уродинаміку. Якщо після пластики ретенція сечі у сечових шляхах триває, то функціональні показники нирки стають гіршими за доопераційні. Схожі післяопераційні порушення уродинаміки зазначаються й у випадках, коли пластика проведена на сечових шляхах, зміни яких не настільки виражені, як при пізньому гідронефрозі. Їх відновлення триває до 5-6 місяців.

Висновки. 1. Навіть після анатомічно вдалої пластичної операції обструктивна нефропатія продовжує прогресувати. 2. Віддалені результати пластичної операції та ступінь відновлення функціональної здатності верхніх сечо-

вих шляхів слід оцінювати не раніше, ніж через 4-6 місяців після операції. 3. Відсутність динаміки ренографічних показників через 6 місяців після пластики свідчить про втрату скоротливої активності верхніх сечових шляхів, відсутність адекватного пасажу сечі з нирки та необхідність застосування дренуючих операцій.

Перспективи наукового пошуку. Перспективною є подальша розробка нових та удосконалення існуючих методів хірургічного лікування уретерогідронефрозу в ранніх стадіях хвороби для запобігання виникненню незворотних змін у нирках.

Література

1. Волкова Л.М. Лікування дітей з гідронефротичною трансформацією // Урологія. – 2002. – Т. 6, № 4. – С. 29-32.
2. Ihezue C., Ugbam G. Bilateral hydronephrosis from uretero-pelvic (U-P) obstruction: some clinicopathological aspects // Mater. Med. Pol. – 2001. – V. 23, № 2. – P. 142-145.
3. Куцяк А.Л., Квятковська Т.О., Квятковський С.А. Можливості ультразвукового методу в діагностиці гідронефрозу // Урологія. – 2002. – Т. 6, № 3. – С. 36-42.
4. Jones D.A., George N.J. Interactive obstructive uropathy in man // Br. J. Urol. – 2002. – V. 79, № 4. – P. 337-345.
5. Карпенко В.С. Причини гідронефроза и выбор метода оперативного лечения // Урология. – 2002. – № 3. – С. 43-47.
6. Ческис А.Л., Виноградов В.И. Повторная коррекция лоханочно-мочеточникового сегмента при гідронефрозе у детей // Урология. – 2003. – № 2. – С. 32-36.
7. Li F., Zhang M.Z., Liu T.C. Diagnosis and treatment of hydronephrosis: report of 100 cases // Chung. Hua. Chih. – 2004. – V. 42, № 2. – P. 114-116.
8. Patrashkov T., Nikolov S. The surgical treatment of congenital hydronephrosis // Khirurgiia Sofia. – 2001. – V. 54, № 1. – P. 49-53.
9. Reif R., Kamarad V. Early pyeloplasty for idiopathic hydronephrosis // Acta Univ. Palacki Olomuc Fac. Med. – 2003. – № 189. – P. 187-212.

УРЕТЕРОГІДРОНЕФРОЗ ПІЗНІХ СТАДІЙ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Т.Л. Томусяк, О.С. Федорук

Резюме. Проаналізовано особливості патогенезу, діагностики та хірургічного лікування уретерогідронефрозу (УГ). Показання до пластики верхніх сечових шляхів (ВСШ) при пізніх стадіях УГ враховують як функціональний стан нирки, так і зворотність порушень їх скоротливої здатності. Віддалені результати пластичної операції та ступінь відновлення функції ВСШ слід оцінювати не раніше 4-6 місяців після операції.

Ключові слова: уретерогідронефроз, патогенез, діагностика, лікування.

URETEROHYDRONEPHROSIS OF LATE STAGES: SOME ASPECTS OF PATHOGENESIS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

T.L. Tomusiak, O.S. Fedoruk

Abstract. The authors have analyzed the peculiarities of pathogenesis, diagnostics and surgical treatment of ureterohydronephrosis (UH) of the late stages. Indications to plastic repair at later stages of UH should be determined with due regard for both the functional state of the kidney and the reversibility of disturbances of the contractile ability of the upper urinary tracts (UUT). The remote results of the plastic operation and the degree of restoring the UUT function should be evaluated not earlier than 4-6 months following the operation.

Key words: ureterohydronephrosis, pathogenesis, diagnostics, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 11.04.2005 р.