

© Боднар О.Б., Боднар Б.М., Іринчин А.В., Швайгер І.Й.

УДК 616.61-053.1-089:616.613-007.63

ГІДРОНЕФРОЗ ОПЕРОВАНОЇ НИРКИ, СПРИЧИНЕНИЙ АНОМАЛІЄЮ ПІЄЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ТА АБЕРАНТНИМИ СУДИНАМИ

О.Б.Боднар, Б.М.Боднар, А.В.Іринчин, І.Й.Швайгер

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинської державної медичної академії

Частота гідронефрозу становить 11,8 % від урологічної патології дітей Буковинського регіону [1]. Найявність нормального просвіту пієлоуретерального сегмента (ПУС) та ефективна передача перистальтичних хвиль є необхідною умовою фізіологічного відтоку сечі. Фіброз або порушення провідної здатності гладенької мускулатури переривають перистальтичні хвилі, зумовлюючи розвиток гідронефрозу та підвищення тиску в нирковій мисці. До внутрішніх механізмів виникнення обструкції ПУС відносяться уроджена відсутність гладенької мускулатури в його межах, клапани, поліпи та лейоміоми проксимального відділу сечовода або локальні запальні процеси. До зовнішніх причин, що трапляються рідше, відносяться аберантні ниркові артерії, фіброзні тяжі, вигин сечовода в ділянці ПУС [2-4].

Наводимо клінічний випадок виникнення гідронефрозу III ступеня в оперованій нирці, викликаного відсутністю гладенької мускулатури в ділянці ПУС і наявністю артерії та вени. Варто зазначити, що обидві причини не були виявлені під час першої операції.

Дівчина К., 15 років, поступила у відділення дитячої хірургії 20.09.02 р. з приводу хронічного пієлонефриту. У 1995 році дитина оперована з приводу каменя лівої нирки (люмботомія, видалення каменя, нефростомія). Згодом стан дитини погіршився, з'явилися ознаки хронічного пієлонефриту. У 2002 році при ультразвуковому дослідженні та урографії виявлено гідронефроз лівої нирки III ступеня. Результати урографії від 3.10.03 р.: двобічний гідронефроз – справа II ступеня, без порушення, зліва II-III ступеня з порушенням уродинаміки; вторинний хронічний пієлонефрит. Проведено лікування

вторинного хронічного пієлонефриту, рекомендовано оперативне втручання через рік. 22.12.03 р. дитина поступила в дитяче хірургічне відділення з діагнозом: обструктивний гідронефроз III ступеня зліва, вторинний хронічний пієлонефрит. Результати динамічної реносцинтиграфії з Tc99 m-ДТПА (19.12.03): зниження секреторно-екскреторної функції обох нирок з переважанням порушення екскреторної функції. Загальний аналіз крові (22.12.03 р.): ер. – 3,9 Г/л; гемоглобін – 118 г/л; КР – 0,9; тромбоцити – 250 тис.; лейкоцити – 7,0 Т/л; еоз. – 2%, пал. – 6%; сегм. – 72%; лімф. – 18 %; мон. – 2%. ШЗЕ – 5 мм/год. Згортання крові: початок – 3'10'', кінець – 5'10''. Загальний аналіз сечі (22.12.03 р.): відносна важкість – 1018, білок – 0,099%, епітелій – 12-15 в полі зору, лейкоцити – 7-8 в полі зору. Біохімічний аналіз крові та коагулограма в межах вікової норми.

24.12.03 р. після проведення передопераційної підготовки за загальними принципами дитячої урології дитині виконано оперативне втручання – лівобічна люмботомія, резекція ПУС, накладання антивазального сечовідно-мискового анастомозу, зашивання рани нирки, нефростомія, дренивання заочеревинного простору зліва (протокол операції № 38).

Після обробки операційного поля вирізали старий післяопераційний рубець. Люмботомія зліва міжреберно-мезогастральним розрізом. Після розсічення позадніркової фасції та паранефральної клітковини виділили ліву нирку та сечовід зі спайок. Бічний край лівої нирки щільно спаяний з великим поперековим м'язом у місці попередньої нефростоми, що утруднювало візуальну оцінку стану ниркової миски та ПУС. Нирку відділили від м'яза, ушкоджену ділянку зашили

П-подібними кетгуттовими швами. На передній поверхні ниркової миски та ПУС виявлені ниркові артерія та всна, які прямують до нижнього кінця нирки. ПУС різко звужений, практично не дронує розширену миску, нирка гідронефротично змінена. В зв'язку з наявністю гідронефротично зміненої нирки, розширеної миски, функціонально непридатного ПУС виконали нефростомію, резекцію ПУС з антивазальною пієлоуретеропластикою методом Андерсена-Хайнса вікриловими швами 6/0 на попередньо введеному інтубаторі разом з нефростомічною трубкою. В заочеревинний простір біля бічного краю лівої нирки встановлена дренажна трубка. Безперервним швом зашили навколониркову клітковину та позадниркову фасцію. Нефростому, інтубатор і дренажна трубка виведені крізь контрапертуру. Великий поперековий м'яз, внутрішній косий та зовнішній косий м'язи живота зашиті безперервними дексонними швами. Пошарово шви накладені на рану. Асептична пов'язка.

Гістологічне дослідження вирізаного ПУС (26.12.03 р.): відсутня гладенька мускулатура. Перебіг післяопераційного періоду сприятливий. Проведено курс інфузійної терапії, антибіотикотерапію – цефтріаксон (1-й курс), ципрофлоксацин (2-й курс), признача-

ли уросептики (фурадонін, полін, 5-НОК), вітамінотерапію. На 8 добу видалили трубку-інтубатор. Антеградну пієлоуретерографію з 10% тріомбрастом проведено на 12 добу, прохідність миско-сечовідного анастомозу достатня. Нефростомічну трубку затискали протягом 5 днів, збільшуючи тривалість стискання на 1, 2, 4, 6, 8 годин, після чого на 17 добу її видалили. Рана чиста, загоїлась первинним натягом. На 29-ту добу після операції дитина виписана в задовільному стані.

Наведене спостереження цікаве тим, що порушення відтоку сечі викликано відсутністю гладеньком'язового шару ПУС та наявністю аберантних судин. Окрім цього, порушенню току сечі по сечоводу сприяли спайки, які утворилися після першої операції. Наслідком неадекватної ревізії лівої нирки, її миски та сечовода як інтраопераційної помилки під час попередньої операції стала повторна люмботомія.

Вважаємо, що при операціях на нирці обов'язково потрібно проводити ревізію ниркової миски, ПУС та сечовода. При поєднанні аберантних ниркових судин з відсутністю гладеньком'язового шару ПУС доцільно накладати антевазальний миско-сечовідний анастомоз, ефективність якого засвідчує наше спостереження.

Література

1. Сорочман Т.В., Максян О.І., Боднар Г.Б., Соломатіна М.О. Уроджені вади сечостатевої системи в дітей Чернівецької області // *Клін. анат. та опер. хірургія*. – 2003. – Т. 2, № 1. – С. 19-21.
2. Гроховський В.Й., Поцюрко А.Р., Гримак І.Я., Дворакевич А.О. До питання оперативного лікування гідронефрозу // *Матер. ХХ з'їзду хірургів України*. – Т. 2. – 2002. – С. 334-335.
3. Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Є. Уроджені вади сечових шляхів у дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 218 с.
4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия: Пер. с англ.: В 3 т.* – СПб.: Раритет-М, 1999.

ГІДРОНЕФРОЗ ОПЕРОВАНОЇ НИРКИ, СПРИЧИНЕНИЙ АНОМАЛІЄЮ ПІЄЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ТА АБЕРАНТНИМИ СУДИНАМИ

О.Б.Боднар, Б.М.Боднар, А.В.Іринчин, І.Й.Швайгер

Резюме. Наведено клінічний випадок гідронефрозу оперованої нирки в дівчинки 15 років, викликаний відсутність гладеньком'язового шару пієлоуретерального сегмента та його стисканням аберантними судинами.

Ключові слова: гідронефроз, пієлоуретеральний сегмент, аберантні судини.

HYDRONEPHROSIS OF THE OPERATED KIDNEY CAUSED BY ANOMALY OF THE PYELOURETERAL SEGMENT AND ABERRANT VESSELS

O.B.Bodnar, B.M.Bodnar, A.V.Irynychyn, I.Y.Shvaiger

Abstract. A clinical case of hydronephrosis of the operated kidney of a girl aged 15 years caused by the absence of the smooth muscular layer of the pyelourethral segment and its compression by aberrant vessels is presented.

Key words: hydronephrosis, pyelourethral segment, aberrant vessels.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 15.03.2004 р.