

Протокол
Ведения пациента с диагнозом: Гидронефроз.
(Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов")

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	Врач детский уролог андролог; врач педиатр - участковый

Определение

Гидронефроз (стенот лоханочно мочеточникового сегмента)	– Стойкое и прогрессивно нарастающее расширение чашечно – лоханочной системы, сопровождающееся нарушением оттока мочи из почки в проксимальные отделы мочеточника. Данное патологическое состояние приводит к повышению внутрилоханочного давления и атрофии почечной паренхимы.
--	--

Этиология и патогенез заболевания:	<p style="text-align: center;">1. Первичный (врожденный) гидронефроз:</p> <p>развивается вследствие аномалии верхних мочевых путей в зоне пиело – уретерального сегмента (ПУС);</p> <ul style="list-style-type: none"> - внутренняя причина – сужение (стенот) просвета мочеточника в прилоханочном отделе за счет структурных изменений стенки мочеточника: <ul style="list-style-type: none"> а) стеноз мочеточника в ЛМС б) врожденные уретелиальные клапаны мочеточника в зоне ЛМС. - внешние причины – сужение внутреннего просвета ЛМС за счет компрессии (сдавления) снаружи; <ul style="list-style-type: none"> а) вазоуретральный конфликт; б) изгибы мочеточника, фиксированные эмбриональными спайками; в) аномалии расположения (дистопии) ЛМС – высокое отхождение мочеточника от лоханки; <p style="text-align: center;">2. Вторичный (приобретенный) гидронефроз:</p> <p>развивается вследствие рубцовых изменений лоханочно – мочеточникового сегмента (ЛМС) неясного происхождения или результатом осложнений различных заболеваний, приводящих к нарушению оттока мочи из почки.</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рубцевание ЛМС неизвестного происхождения; б) фиброэпителиальные полипы; в) злокачественные новообразования мочеточника; г) рубцово – спаечный процесс в области ЛМС после травмы или операций на верхних мочевых путях (ВМП); д) поствоспалительный периуретерит с рубцеванием ЛМС при нефролитиазе (длительное стояние конкремента в ЛМС);
---	---

	Врожденные аномалии ВМП, ассоциированные с гидронефрозом: подковообразная почка; удвоение почки; поясничная дистопия почки;
--	--

Классификация

- По МКБ	Н 13.0 – Гидронефроз с обструкцией лоханочно – мочеточникового соединения. Н 13.1 – Гидронефроз со стриктурой мочеточника, не классифицированный в других рубриках. Q 62.0 – Врожденный гидронефроз.
-----------------	---

- По выраженности гидронефротической трансформации (ГНТ) по Н.А.Лопаткину:	Расширение чашечно – лоханочной системы.	Состояние паренхимы, функции почки.
1 стадия: начальный гидронефроз;	пиелюктазия без развития значимого гидрокаликоза.	паренхима не изменена, функция почки не нарушена.
2 стадия: ранний гидронефроз;	расширена.	ухудшение функции почки.
3 – (А и Б) стадии: терминальный гидронефроз.	значительно расширена.	существенное снижение. 3 – А: потенциально обратима; 3 – Б: почечная паренхима атрофируется – изменения необратимые.
- Ультразвуковая по Open. А:		
1 степень:	пиелюктазия	
2 степень:	пиелокаликоектазия	
3 степень:	пиелокаликоектазия	истончение паренхимы до 50 % относительно нормы.
4. степень:	пиелокаликоектазия	истончение паренхимы более 50 % относительно нормы.
- Антенатальная: по количественному расширению ПЗД (переднезадний размер лоханки):		
легкая степень:	ПЗД: от 4 до 7 мм во втором триместре; 7 – 9 мм в третьем триместре	
умеренная степень:	ПЗД: от 7 до 9 мм во втором триместре; 9 –15 мм в третьем триместре	
тяжелая степень:	ПЗД: более 10 мм во втором триместре, более 15 мм в третьем триместре;	
Постнатальная:		
легкая степень:	ПЗД менее 20 мм	
умеренная:	ПЗД: в диапазоне 20 – 30 мм	
тяжелая:	ПЗД: более 30 мм;	

Клиническая картина:

Клинических симптомов, характерных для гидронефроза, нет.

Многие случаи гидронефроза протекают бессимптомно в течение длительного времени или выявляются случайно при УЗИ по другим причинам. Выраженность клинических проявлений гидронефроза главным образом зависит от стадии заболевания, причины обструкции ЛМС и осложнений;

Диагностика:

Анамнез:	
Жалобы:	<ul style="list-style-type: none">- периодически возникающие боли в животе или в поясничной области на стороне поражения;- тошнота;- рвота;- гематурия;- артериальная гипертензия; (чаще у детей старшего возраста)
Данные объективного осмотра	Физикальный осмотр пациента: осмотр, пальпация, перкуссия – в начальных и ранних стадиях заболевания ГН – мало или вовсе не информативна. - определение баллотирующей опухоли при бимануальной пальпации – возможно только при терминальной стадии А и Б ГН;
Лабораторные диагностические исследования.	<ol style="list-style-type: none">1. Общий (клинический) анализа крови: всем пациентам;2. Биохимический анализ крови: креатинин, мочевины, калий, натрий, хлориды: всем пациентам;3. Общий (клинический) анализ мочи: всем пациентам;4. УЗИ почек (УЗИ) – всем пациентам – для динамического наблюдения: до и после операции;5. Дуплексное сканирование артерий почек: всем пациентам;6. Внутривенная урография – с 1 месяца всем пациентам;7. Внутривенная (инфузионная) урография – рекомендована у новорожденных и пациентов грудного возраста при снижении концентрационной функции почек;8. Микционная цистография – для исключения ПМР, у пациентов с расширением лоханки более 15 мм, при расширении дистального отдела мочеточника (одно – или двустороннее), при наличии остаточной мочи, при наличии в анамнезе ИМП.9. Компьютерная томография почек – пациентам старше 3 месяцев; СКТ – спиральная компьютерная томография – выполняется с обязательной седацией (общей анестезии), после 2-х лет; является ведущим рентгенологическим методом диагностики ГН. МРТ – дает дополнительную информацию о сосудах; с обязательной седацией.
Лечение:	<ol style="list-style-type: none">1. Медикаментозное: не имеет основного значения и играет вспомогательную роль при подготовке больного к оперативному лечению и предотвращению осложнений ГН.2. Хирургическое лечение: восстановление нормального пассажа мочи, сохранение функции почки, профилактика прогрессирования хр.пиелонефрита и атрофии почечной паренхимы.
Госпитализация: - показания для плановой госпитализации:	<ol style="list-style-type: none">1. подтвержденный стеноз ЛМС;

<p>- показания для экстренной госпитализации:</p>	<p>2. ГН 2 – 3 стадии на основании инструментальных методов диагностики для проведения реконструктивной операции;</p> <p>1. острый обструктивный пиелонефрит</p>
<p>Профилактика:</p>	<p>Динамическое наблюдение - всем пациентам в постнатальном периоде со снижением функции почки более 40% и ПЗД лоханки менее 15 мм, для своевременного выявления необходимости хирургического лечения;</p> <p>- гидронефроз 1 – 2 степени может спонтанно регрессировать в течение первых 12 – 14 месяцев, по мере созревания структурных элементов лоханки/мочеточника;</p> <p>УЗИ почек – всем пациентам с подозрением на ГН – 1 раз в 6 мес. и 1 раз в год после операции;</p> <p>«Д» наблюдение: всем пациентам с ГН в течение 3-х лет после операции у участкового врача, уролога-андролога. (наблюдение может пролонгировано);</p>

Информация для пациента:

Пациента необходимо информировать:

- о клинической картине заболевания, методах лечения и их результатах;
- о возможном течении заболевания, рисках, связанных с прогрессированием ГН;
- о различных осложнениях ГН, включая вторичное камнеобразование, обострения пиелонефрита, артериальную гипертензию, возникновение терминальных изменений почечной паренхимы;
- особое внимание необходимо уделить пациентам с ГН единственной почки, их необходимо предупредить о необходимости находиться под постоянным наблюдением ввиду риска развития анурии и острой почечной недостаточности;
- пациенту должны быть разъяснены возможные риски и последствия оперативного лечения;
- необходимо информировать о малой эффективности медикаментозного лечения;
- после оперативного лечения необходимо разъяснить сроки удаления стента и последующего динамического мониторинга;
- объяснить сроки восстановления нормальной уродинамики; о возможности сохранения дилатации ЧЛС в послеоперационном периоде;

Алгоритмы действий врача

