



Клинические рекомендации

Гидронефроз

Коды по МКБ 10: **N13.0/ N13.1/Q62.0**

Возрастная категория: **взрослые/дети**

Год утверждения (частота пересмотра): **2019 (1 раз в 3 года)**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- **Российское общество урологов**

Утверждены

Российским Обществом Урологов

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.

Оглавление

Оглавление	2
Ключевые слова	4
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	7
1. Краткая информация	8
1.1 Определение	8
1.2 Этиология и патогенез	8
1.3 Эпидемиология	9
1.4 Кодирование по МКБ 10	10
1.5 Классификация	10
1.6 Клиническая картина	10
2. Диагностика	12
2.1 Жалобы и анамнез	12
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторная диагностика	13
2.4 Инструментальная диагностика.....	14
2.5 Дифференциальная диагностика.....	22
3. Лечение.....	23
3.1 Немедикаментозное лечение	Ошибка! Закладка не определена.
3.2 Медикаментозное лечение.....	23
3.3 Хирургическое лечение	23
4. Реабилитация	23
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	Ошибка! Закладка не определена.
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	Ошибка! Закладка не определена.
7. Организация медицинской помощи	29
Критерии оценки качества медицинской помощи	29

Список литературы.....	29
Приложение А1. Состав рабочей группы	29
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	34
Приложение А3. Связанные документы	35
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	36
Приложение В. Информация для пациентов	37
Приложение Г... ..	Ошибка! Закладка не определена.

Ключевые слова

- гидронефроз
- стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента
- пиелопластика
- клинические рекомендации

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра
ГН – гидронефроз
ГНТ – гидронефротическая трансформация
АНГ – антенатальный гидронефроз
ВМП – верхние мочевые пути
ИМП – инфекция мочевых путей
ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент
ПУС – пиело-уретеральный сегмент
ЧЛС – чашечно-лоханочная система
в/3 – верхняя треть
УЗИ – ультразвуковое исследование
RI- индекс резистентности при эхооплерографии
ПЗД – переднезадний диаметр (лоханки)
ФУЗИ – фармакологическое ультразвуковое исследование (син. ДУЗИ)
ДТПА – диэтилентриаминопентацетат
МАГЗ – меркаптоацетилтриглицин
ДМСА - димеркаптосукцинатацетат
РФП – радиофармпрепарат
ДФП – дифференциальная (раздельная) функция почек
Т 1/2 – период полувыведения РФП из ЧЛС на фоне диуретика
ТТП- время паренхиматозного транзита РФП
КТ – компьютерная томография
СКТ – спиральная компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
МЦУГ– микционная цистоуретрография
мм – миллиметр
мм рт. ст. – миллиметр ртутного столба
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ХПН — хроническая почечная недостаточность
ЛП – лапароскопическая пиелопластика
ЧПНС – чрескожная пункционная нефростомия
SFU – Society of Fetal Urology (Общество Фетальной Урологии)
EAU – European Association Urology (Европейская Ассоциация Урологов)

ESPU – European Society for Paediatric Urology (Европейская Ассоциация Детских Урологов)

Термины и определения

Гидронефроз (греч. hydōr – вода, nephros – почка; син. гидронефротическая трансформация) – расширение чашечно-лоханочной системы почки.

Диапневтика – единовременный перевод диагностического этапа в эффективное инструментальное лечебное воздействие.

Лоханочно-мочеточниковый сегмент (от греч. pyelos – корыто, лохань и ureter – мочеточник) – начальный отрезок проксимальной части мочеточника длиной около 1 см, являющийся местом перехода почечной лоханки в мочеточник.

Обструкция (лат. obstructio – препятствие, помеха) **лоханочно-мочеточникового сегмента** – нарушение проходимости прилоханочного отдела мочеточника из-за внутреннего сужения (стеноза) или внешнего сжатия его просвета

Пластика лоханочно-мочеточникового сегмента – это реконструктивно-пластическая операция по восстановлению проходимости мочеточника в зоне перехода лоханки в мочеточник

Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента – стойкое сужение просвета лоханочно-мочеточникового сегменте

Эндопиелотомия – это эндоскопический метод восстановления проходимости ЛМС путем внутреннего рассечения тканей, сужающего его просвет.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Гидронефроз (стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента) — это 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 [1].

1.2 Этиология и патогенез

В зависимости от времени возникновения гидронефроз может быть врождённым или приобретённым.

Первичный (врождённый) гидронефроз развивается вследствие аномалии верхних мочевых путей в зоне пиело-уретерального сегмента (ПУС).

Вторичный (приобретённый) гидронефроз является следствием рубцовых изменений лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) неясного происхождения или результатом осложнений различных заболеваний, приводящих к нарушению оттока мочи из почки.

Врожденный и приобретенный гидронефроз могут быть следствием разнообразных внутренних и внешних причин, приводящих к сужению (стенозу) просвета мочеточника в прилоханочном отделе.

Этиология врожденного стеноза/обструкции ЛМС и первичного гидронефроза:

Внутренняя причина - сужение (стеноз) просвета мочеточника в прилоханочном отделе за счет структурных изменений стенки мочеточника.

Внутренние причины обструкции/стеноза ЛМС:

1. Стеноз мочеточника в ЛМС из-за аномального развития гладкомышечных структур и нарушения иннервации [2], что определяет наличие адинамического, аперистальтического сегмента мочеточника, который не позволяет развивать эффективную перистальтическую волну (наиболее распространенная причина гидронефроза, 75%) [3];

2. Врожденные уротелиальные клапаны мочеточника в зоне ЛМС.

Внешние причины - сужение внутреннего просвета ЛМС за счет компрессии (сдавления) снаружи.

Внешние причины обструкции/стеноза ЛМС:

1. Вазоуретеральный конфликт. Добавочный нижнесементарный (аберрантный) сосуд, вызывающий сдавление ЛМС и/или верхней трети (в/3) мочеточника и нарушающий

отток мочи из ЧЛС. Аберрантный сосуд может встречаться в 40% случаев. При этом сам факт его наличия в области ЛМС не означает, что сосуд является непосредственной причиной обструкции. В некоторых случаях пересечение мочеточника с сосудом вызывает только механическое препятствие. Тем не менее с течением времени перекрестные сосуды приводят к воспалению ЛМС, фиброзу и гипертрофии гладких миоцитов, что впоследствии приводит к обструкции. При наличии вазоуретерального конфликта принято говорить о комбинированной причине нарушения оттока мочи из чашечно-лоханочного сегмента (ЧЛС) – добавочного сосуда и рубцово измененного ЛМС. Пересечение аберрантным сосудом чаще встречается по передней поверхности [4].

2. Изгибы мочеточника, фиксированные эмбриональными спайками;
3. Аномальное расположение (дистопия) ЛМС - высокое отхождение мочеточника от лоханки.

Этиология приобретенного стеноза ЛМС и вторичного гидронефроза:

1. Рубцевание ЛМС неизвестного происхождения;
2. Фиброэпителиальные полипы (редкая причина стеноза ПУС) [5];
3. Злокачественные новообразования мочеточника;
4. Рубцово-спаечный процесс в области ЛМС после травмы или операций на верхних мочевых путях (ВМП);
5. Поствоспалительный периуретерит с рубцеванием ЛМС при нефролитиазе (длительном стоянии конкремента в ЛМС).

Врожденные аномалии ВМП, ассоциированные с гидронефрозом:

- Подковообразная почка;
- Удвоение почки;
- Поясничная дистопия почки [6].

Так же многолетние изучения причин антенатально выявленного гидронефроза свидетельствуют о том, что в большинстве случаев данная патология имеет функциональный или транзиторный характер (41-88%), является следствием дисфункции созревания лоханки и/или мочеточника и спонтанно разрешается в раннем постнатальном периоде [7]. Данная категория пациентов в дальнейшем может не иметь никакой клинической симптоматики и не нуждаться в хирургическом лечении.

1.3 Эпидемиология

Пороки развития мочеполовой системы составляют 30% от всех внутриутробно выявленных аномалий. Среди них гидронефроз является одной из наиболее часто обнаруживаемых патологий, наблюдаемых примерно у 1–5% всех беременностей, и это

происходит по разным причинам [8]. Семейный, наследственный анамнез наличия гидронефроза так же является фактором риска развития данного заболевания [9].

Стеноз/обструкция ЛМС занимает второе место по частоте встречаемости после транзиторного гидронефроза среди причин антенатально выявленного гидронефроза (50%). Частота гидронефроза у новорожденных составляет 1:1500. У мальчиков встречается в два раза чаще, чем у девочек, и обычно (в 2/3 случаев) выявляется с левой стороны. Двустороннюю обструкцию отмечают примерно в 30% (в диапазоне 10-46%) случаев [10, 11]. Гидронефроз встречается у 1% пациентов 20-40 лет, причём у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин [12]. У пациентов старше 40 лет гидронефроз часто служит проявлением других заболеваний.

1.4. Код(ы) по МКБ-10.

N13.0 – Гидронефроз с обструкцией лоханочно-мочеточникового соединения

N13.1 – Гидронефроз со стриктурой мочеточника, не классифицированный в других рубриках

Q 62.0 – Врожденный гидронефроз

1.5 Классификация

Для оценки выраженности гидронефротической трансформации (ГНТ) в России наиболее распространена классификация, предложенная академиком Н.А. Лопаткиным (1969), согласно которой выделяют три стадии гидронефроза, но при этом третью – подразделяют на две подстадии 3А и 3Б [13]:

1-я стадия – начальный гидронефроз, характеризующийся пиелэктазией без развития значимого гидрокаликоза и нарушения функции почки;

2-я стадия – ранний гидронефроз, при котором расширение ЧЛС сопровождается ухудшением функции почки;

3-я (А и Б) стадия – терминальный гидронефроз, характеризующийся значительным расширением чашечно-лоханочной системы и существенным снижением почечной функции.

3А стадия гидронефроза потенциально обратима, при 3Б стадии гидронефроза почечная паренхима атрофируется; изменения необратимы.

В мировой практике у взрослых и детских урологов популярна ультразвуковая классификация гидронефроза Onen A. (2007) [14] – модификация системы оценок Society for Fetal Urology (SFU, 1993) [15]. По сравнению с классификацией SFU, система Onen включает не только оценку дилатации ЧЛС, но и состояния почечной паренхимы.

Выделяют 4 степени гидронефроза:

I степень – расширение почечной лоханки без расширения чашечек (пиелэктазия);

II степень – расширение почечной лоханки и больших чашечек (пиелокаликоектазия);

III степень – расширение лоханки, больших и малых чашечек, истончение паренхимы до 50% относительно нормы;

IV степень – расширение лоханки и чашечек с истончением паренхимы более 50% относительно нормы.

Обе классификации приемлемы и в целом совпадают: 3Б стадия по Н.А. Лопаткину предполагает необратимые изменения почечной паренхимы и, следовательно, гибель почки, IV степень по А. Onen также предполагает наличие выраженных изменений органа, пограничных с терминальными.

В детской урологии для диагностики и оценки степени тяжести пренатального и постнатального гидронефроза в основном используют две ультразвуковые классификационные системы: «Antero-posterior Diameter of Renal Pelvis» (APDRP) A. Grignon et al. [16] и альтернативная система оценок SFU (Society for Fetal Urology) A. Onen, представленная выше [14].

Система классификации «Antero-posterior Diameter of Renal Pelvis» (APDRP) представляет собой количественную оценку степени расширения лоханки на основе измерения ее максимального переднезаднего диаметра (ПЗД) на сонографических изображениях почки, полученных в поперечной плоскости в проекции ворот почки [16].

По пороговым значениям ПЗД лоханки на различных сроках гестации классифицирует антенатальный гидронефроз (АНГ) легкой, средней и тяжелой степени:

- Легкая степень: ПЗД от 4 до 7 мм во 2 триместре, 7-9 мм – в 3 триместре;
- Умеренная степень: ПЗД от 7 до 9 мм во 2 триместре, 9-15 мм – в 3 триместре;
- Тяжелая степень: ПЗД >10 мм во 2 триместре, >15 мм – в 3 триместре.

Высокий риск клинически значимого гидронефроза определяют значения ПЗД лоханки ≥ 10 мм до 28 недели гестации и >15 мм после 28 недели [17,18].

В постнатальном периоде на основе оценки ПЗР лоханки и классификации SFU выделяют легкую, умеренную и тяжелую степень гидронефроза:

- Легкая степень: ПЗД <20 мм или SFU I-II степени;
- Умеренная степень: ПЗД в диапазоне 20-30 мм или SFU III степени;
- Тяжелая степень: ПЗД >30 мм или SFU IV степени.

1.6 Клиническая картина

Клинических симптомов, характерных для гидронефроза, нет. До введения антенатального УЗ-скрининга, пальпируемая опухоль в животе была наиболее частым

симптомом у новорожденных и детей грудного возраста, а вторым по частоте клиническим симптомом – инфекция мочевых путей (ИМП).

В настоящее время, благодаря широкому применению скринингового ультразвукового обследования беременных, гидронефроз диагностируется антенатально, что позволяет выделить популяцию детей с данной патологией до развития осложнений (почечной дисфункции, рецидивирующего течения инфекции мочевых путей, образования мочевых камней и артериальной гипертензии).

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

У взрослых и детей старшего возраста симптомы могут включать периодическую боль в животе или поясничной области, тошноту, рвоту, гематурию или признаки инфекции мочевыводящих путей. Лабораторные исследования могут выявить микрогематурию или пиурию [9]. В редких случаях возможна артериальная гипертензия. В случае развития полной непроходимости ЛМС проявляется клиническая картина «блока почки». При двустороннем ГН наблюдаются жалобы, обусловленные нарастающим нарушением функции почек и азотемией.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** при сборе жалоб уточнять у пациента с подозрением на гидронефроз наличие боли в поясничной области, тошноты, рвоты, макрогематурии, дизурии [19] (Приложение Б).

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

2.2 Физикальное обследование

- Для диагностики гидронефроза **рекомендуется** проведение физикального осмотра пациента [20].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательства – 4)

Комментарии: *осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация в начальных и ранних стадиях ГН мало- или вовсе неинформативны. Только при прогрессировании заболевания, усугублении и изменении ВМП и ухудшении функционального состояния почечной паренхимы проявляются симптомы, приобретающие большое значение в диагностике ГН.*

Пальпация почек и живота – ненадежный метод для диагностики ГН. Пока структурно-функциональное состояние ВМП компенсировано, пальпация не дает никакой существенной информации. Лишь при терминальном А и Б ГН, часто сопровождающемся гигантской дилатацией ЧЛС, бимануальной пальпацией определяют баллотирующую опухоль. Перкуссия живота над измененной почкой обычно не позволяет выявить какие-либо изменения.

При аускультации живота у пациентов со стенозом ЛМС и ГН характерные признаки тоже отсутствуют. Таким образом, объективные методы обследования при осмотре решающего значения в диагностике стеноза ЛМС и ГН не имеют, особенно на начальном этапе их развития.

2.3 Лабораторная диагностика

- Всем пациентам с подозрением на гидронефроз **рекомендуется** выполнение общего анализа крови для исключения острого воспалительного процесса [21].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательства – 4)

Комментарии: *клинический анализ крови при гидронефрозе может соответствовать возрастным нормам, но наличие лейкоцитоза (повышение уровня лейкоцитов крови) может свидетельствовать о наличии острого воспалительного или инфекционного процесса.*

- Всем пациентам с подозрением на гидронефроз **рекомендуется** выполнение биохимического анализа крови (креатинин, мочевины, альбумин, калий, натрий, хлориды) для оценки функции почек [21].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательства – 4)

Комментарии: *в биохимическом анализе крови функция почек определяется по следующим показателям – креатинин, мочевины, альбумин, электролиты (калий, натрий, хлориды). При двустороннем гидронефрозе могут быть диагностированы: повышение уровня креатинина и мочевины крови, изменения электролитов крови (повышение или снижение калия, натрия, хлоридов), свидетельствующие о нарушении функции почек (почечная недостаточность). Кроме того, гиперкалиемия, вследствие гидронефроза, является жизнеугрожающим состоянием.*

- Всем пациентам с подозрением на гидронефроз **рекомендуется** выполнение общего анализа мочи для исключения инфекции мочеполовых путей [21].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательства – 4)

Комментарии: *клинический анализ мочи при гидронефрозе обычно без отклонений от нормативных величин, но присутствие белых кровяных телец (лейкоцитурия) и красных*

кровеных телец (гематурия) может свидетельствовать о наличии мочекаменной болезни или опухоли, которые нередко являются причинами обструкции и в дальнейшем гидронефроза, или же, когда обструкция мочевых путей осложняется инфицированием. Пиурия (наличие гноя) свидетельствует о наличии инфекции мочеполовых путей. Микроскопическая гематурия указывает на наличие камня или опухоли в мочевыделительной системе.

- Для уточнения характера изменений почечной паренхимы у пациентов с нефростомическим дренажем **рекомендуется** выполнение пробы Реберга – Тареева [20].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательства – 4)

Комментарии: для оценки функционального состояния почек у пациентов с нефростомой отдельно исследуют очистительную функцию почечной паренхимы (клубочковую фильтрацию) по клиренсу эндогенного креатинина с учётом объёма выделенной мочи. Определяют способность почек к закислению мочи, которая снижена при выраженных дегенеративных изменениях канальцевого эпителия (характерно для пациентов с поздними, необратимыми стадиями ГН).

2.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендуется** выполнение ультразвукового исследования почек (УЗИ) всем пациентам для подтверждения и определения степени гидронефроза, оценки состояния паренхимы пораженной и контралатеральной почки [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: УЗИ занимает первое место среди диагностических процедур, применяемых для выявления стеноза ЛМС, ГН. Однако, данная методика не дает информацию о накопительно-выделительной функции почек. Поскольку расширение ЧЛС не всегда является результатом стеноза ЛМС, ультразвуковое исследование может оказаться ложноположительным. УЗИ может быть рекомендовано как метод динамического наблюдения за пациентами, перенесшими реконструктивно-пластические или эндоскопические операции путем измерения переднезаднего диаметра (ПЗД) лоханки до и после хирургического пособия [22, 23].

- **Рекомендуется** выполнение ультразвукового исследование почек с фармакологической (диуретической) нагрузкой (ФУЗИ или ДУЗИ) взрослым пациентам для оценки эвакуаторной функции, сократительной активности ЧЛС, степени обструкции ЛМС и нарушения уродинамики [19, 20]. У пациентов детского возраста показания к ДУЗИ те же что и у взрослых, а также - для дифференциации обструктивного гидронефроза и необструктивной дилатации ЧЛС.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: ультразвуковое исследование почек с оценкой размеров ЧЛС до и после введения диуретического препарата (фуросемид) исторически является классической методикой для подтверждения взаимосвязи боли со стенозом ЛМС и нарушенным оттоком мочи из почки, визуализации ВМП, а также - оценки компенсаторных резервов чашечно-лоханочной системы. Роль ФУЗИ (ДУЗИ) для подтверждения стеноза ЛМС может иметь важное клиническое значение, особенно в стационарах, не имеющих современных методов визуализации мочевых путей. Имеет ограничения в применении у пациентов со значительным снижением объема функционирующей паренхимы почки, новорожденных и при значительном расширении ЧЛС.

- **Рекомендуется** выполнение ультразвуковой доплерографии почек всем пациентам с ГН для оценки кровоснабжения почек, выявления добавочных сосудов при недостаточной информативности иных лучевых методик [29].

Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: нарушение оттока мочи из ЧЛС приводит к изменению доплеровской формы волны, определяемой с помощью индекса резистентности (RI). Значение RI больше 0,7 указывает на обструкцию. У взрослых пациентов этот диагностический тест имеет чувствительность 92% и специфичность 88%.

- **Рекомендуется** выполнение внутривенной урографии всем пациентам с возраста 1 месяца для оценки структурно-функционального состояния ВМП, а также - размеров чашечно-лоханочной системы и степени нарушения оттока мочи по времени эвакуации контрастного вещества из собирательной системы гидронефротически измененной почки [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: традиционная методика для диагностики стеноза ЛМС, ГН. Может быть оправданным методом исследования первой линии в центрах, не оснащенных кабинетами спиральной компьютерной томографии (СКТ). Однако, использование данной методики противопоказано у детей в возрасте возрастом менее двух недель, ограничено - у детей первых месяцев жизни из-за незрелости почечной паренхимы и высокого риска осложнений (от аллергических реакций и развития контраст-индуцированной нефропатии до тромбоза почечных вен и медуллярного некроза [30]. Внутривенная урография противопоказана пациентам в случае непереносимости йод-содержащих препаратов.

Выполнение внутривенной урографии противопоказано у детей возрастом менее двух недель, имеет ограничения у младенцев первых месяцев жизни из-за возможных токсических эффектов контрастных препаратов (вплоть до развития контраст-

индуцированной нефропатии, острой почечной недостаточности) и высокой лучевой нагрузки.

- **Рекомендуется** выполнение инфузионной урографии у новорожденных и пациентов грудного возраста при сниженной концентрационной функции почек, а также из-за морфологической «незрелости» нефрона, снижающей четкость контрастирования почек [31].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Доза рентгеноконтрастного препарата при инфузионной урографии удваивается и смешивается с равным количеством 5% раствора глюкозы.

В сомнительных случаях для уточнения характера обструкции ЛМС при задержке эвакуации контрастного вещества из расширенной ЧЛС экскреторную урографию дополняют проведением диуретической пробы (рекомендуемая доза фуросемида 0,5 мг/кг, но не более 20 мг у детей и 40 мг у взрослых).

- **Рекомендуется** выполнение опорожняющей цистоуретрографии или микционной цистоуретрографии (МЦУГ) пациентам в возрасте до 1 года с подозрением на ГН эхо-признаками гидронефроза высокой степени (SFU III-IV с ПЗР лоханки ≥ 15 мм), расширения дистального отдела мочеточника (одно- или двустороннее), а также в случаях выраженной дисфункции мочеиспускания (остаточная моча) и наличия в анамнезе указаний на фебрильную инфекцию мочевых путей для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса. и дифференциальной диагностики обструкции ЛМС и ГН от уретерогидронефроза в результате нарушения функции нижних мочевых путей [24].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: МЦУГ не используется в качестве скрининга пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у новорожденных и пациентов грудного возраста с обструкцией ЛМС, ГН из-за инвазивного характера данного исследования, лучевой нагрузки и высокого риска инфицирования мочевых путей [25] и высокой дозой облучения [26].

У пациентов детского возраста с гидронефрозом средней и тяжелой степени (SFU III-IV) цистография помогает отличить обструктивную причину ГН от причины, обусловленной ПМР, который будет диагностирован с ипсилатеральной стороны примерно у 20% этих пациентов [27].

Пациенты с ГН низкой степени (SFU I-II), с нормальной почечной паренхимой и симметричным размером почек не нуждаются в МЦУГ [28].

Объем контрастного раствора (Йогексол** или йодиксанол), вводимого через установленный в мочевой пузырь стерильный катетер, соответствует возрастному

объему пузыря рассчитываемому у детей до двух лет по формуле: $V \text{ (мл)} = \text{Вес (кг)} \times 7$, а у детей старше двух лет по формуле Коффа: $V \text{ (мл)} = 30 \times (\text{возраст в годах} + 1)$. У пациентов старшего детского возраста и взрослых пациентов – соответствует средней эффективной емкости мочевого пузыря, вычисленной по данным оценки ритма спонтанных мочеиспусканий.

При выполнении прямой радионуклидной цистографии в мочевой пузырь вводится физиологический раствор с радиофармпрепаратом (Технеция $[^{99m}\text{Tc}]$ фитат) до самостоятельного мочеиспускания у детей младшего возраста, либо до появления стойкого позыва к мочеиспусканию у пациентов старшего детского возраста.

Процедуру следует проводить в возрасте 4-6 недель, если не подозревается инфравезикальная обструкция (клапаны задней уретры).

- **Рекомендуется** выполнение спиральной компьютерной томографии (СКТ) с контрастным усилением пациентам старше 3 месяцев для оценки структурно-функционального состояния верхних мочевых путей, тяжести атрофических процессов в паренхиме на фоне обструкции ЛМС, а также выявления возможных внешних причин ГН (аберрантных или сегментарных сосудов, ретрокавального расположения мочеточника) [32, 33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: МСКТ предоставляет информацию о функции пораженной почки и анатомии ВМП и окружающих тканей. Предпринимаются попытки использовать компьютерную томографию для оценки функции почек по толщине паренхиматозной ткани. В дооперационной диагностике стеноза (обструкции) ЛМС МСКТ имеет 98 % чувствительность и 100 %, специфичность [33]. В дооперационной диагностике уро-вазального (вазоуретерального) конфликта МСКТ имеет 91% чувствительность и 100% специфичность [34]. В настоящее время МСКТ является ведущим рентгенологическим методом диагностики ГН.

Показания для выполнения МСКТ у пациентов детского возраста должны быть строго обоснованными из-за значительной лучевой нагрузки. Необходимость обязательной седации (общей анестезии) из-за длительности исследования ограничивают их использование у детей первых лет жизни. Величина эффективной дозы существенно выше по сравнению с другими лучевыми и радионуклидными методами диагностики заболеваний мочевой системы [35,36]. При выполнении 4 сканов за исследование, эффективная доза у пациентов раннего возраста составляет 4.5-6,2 мЗв, у пациентов 3-7 лет – 6,5-9 мЗв, 8-12 лет – 8,8-14 мЗв, а у подростков может достигать 18 мЗв [37].

Противопоказания к проведению КТ: возраст пациента до трех месяцев, выраженное нарушение концентрационной способности почек, непереносимость йод-содержащих препаратов.

- **Рекомендуется** выполнение сцинтиграфии почек с ^{99m}Tc -ДТПА (диэтилентриаминопентацетат) всем пациентам с гидронефрозом для определения секреторной и экскреторной (выделительной) функции поражённой и противоположной почек, а также - характера выведения радиофармпрепарата из ВМП [19, 38, 39].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: дифференциальная (раздельная) функция почек (ДФП) рассчитывается в интервале 1-2 минуты после введения радиофармпрепарата (РФП) и считается нормальной при значении ДФП в диапазоне 45-55%. Функция почечной паренхимы слабая при ДФП менее 20% и умеренно снижена при ДФП – 29-39% [40]. Нарушение оттока мочи из лоханки оценивается по $T_{1/2}$ (время выведения 50% РФП). В основном при стенозе ЛМС, ГН - обструктивный тип кривой мочевыведения с периодом полувыведения РФП более 40 минут.

Важное значение в диагностике обструктивных нарушений уродинамики имеет кинетический параметр трансфера РФП – время кортикального транзита РФП (КТТ). Нормальное время КТТ – 3 минуты после инъекции метки при сканировании МАГЗ. Отсроченное КТТ (результат снижения СКФ) – значимый предиктор стеноза ЛМС и необходимости хирургического вмешательства у детей с односторонним гидронефрозом [41].

- **Рекомендуется** выполнение сцинтиграфии почек с применением ^{99m}Tc -МАГЗ (меркаптоацетилтриглицин) пациентам детского возраста с гидронефрозом для определения секреторной и экскреторной (выделительной) функции поражённой и противоположной почек, а также - характера выведения радиофармпрепарата из ВМП, в связи с незрелостью клубочкового аппарата [42,43].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: рекомендуемое время проведения диуретической ренографии - после 4-6 недель жизни. Оптимальным сроком первого изотопного исследования почек является возраст пациента 3 месяца. В других возрастных группах для проведения исследования ДНСГ – используется клубочковый РФП - ^{99m}Tc -ДТПА (диэтилентриаминопентацетат).

- **Рекомендуется** выполнение сцинтиграфии почек с нагрузочными пробами (фуросемид) всем пациентам с односторонним или двусторонним гидронефрозом средней и тяжелой степени тяжести (SFU III-IV, ПЗД ≥ 15 мм), у которых исключен пузырно-

мочеточниковый рефлюкс, а также пациентам с ухудшением степени ГН по данным УЗИ для исследования уродинамики ВМП в условиях форсированного диуреза с целью дифференциации стеноза ЛМС от необструктивного гидронефроза [1, 19, 38, 39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *сцинтиграфия почек с нагрузочными пробами (фуросемид) является наиболее часто используемым диагностическим методом для выявления функциональной значимости проблем с нарушением оттока мочи из ЧЛС. На результаты теста могут влиять состояние гидратации пациента, сниженная функция почки (СКФ <15 мл/мин), объем ЧЛС, степень наполнения мочевого пузыря на момент исследования [44]. Рекомендуется проведение исследования в стандартных условиях (потребление пероральной жидкости до обследования, осуществление микции перед введением РФП. Дренирование мочевого пузыря катетером только в случае нарушения функции мочевого пузыря и подозрения на наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса.*

Рекомендуемая доза диуретика (фуросемид) составляет 1 мг/кг для пациентов первого года жизни и 0,5 мг/кг - пациентам в возрасте от одного до шестнадцати лет, до максимальной дозы у детей - 20 мг [43, 45].

Введение фуросемида через 20 минут после введения радиометки является наиболее часто используемым протоколом ДТПА (F+20). У пациентов детского возраста целесообразно использовать протокол MAG3 (F+0) - фуросемид вводят одновременно с РФП, что сокращает время исследования.

Анализ периода полувыведения ($T_{1/2}$) РФП после введения диуретика осуществляется по одинаковым стандартам: $T_{1/2}$ менее 10-15 мин – данных за обструкции мочеточника нет; $T_{1/2}$ превышающее 20 минут - означает выраженную обструкцию ЛМС; $T_{1/2}$ в диапазоне 15-20 мин, результат диуретического теста является сомнительным.

Поскольку незрелость почечной функции приводит к уменьшению поглощения РФП, нефросцинтиграфия у пациентов детского возраста проводится после 6-8 недели жизни, но может быть выполнена раньше у пациентов с тяжелым гидронефрозом и истончением коры. Диуретическая нефросцинтиграфия не показана при оценке ГН низкой степени (SFU 1-2) с нормальной почечной паренхимой и симметричным размером почек.

Рекомендуемое время проведения сцинтиграфии почек с нагрузочными пробами (фуросемид) - после 4-6 недель жизни. Оптимальным сроком первого изотопного исследования почек является возраст пациента 3 месяца. В других возрастных группах для

проведения исследования ДНСГ – используется клубочковый РФП - 99mTc-ДТПА (диэтилентриаминопентацетат).

- **Рекомендуется** сцинтиграфии почек в статическом режиме с 99mTc-ДМСА (2,3-димеркаптосукцинатацетат) всем пациентам для более точной оценки функциональной активности почечной паренхимы и выявления фокальных или диффузных ее изменений с обструктивным гидронефрозом по классификации SFU [35, 46 - 50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: является одной из основных методик выявления изменений структурно-функционального состояния почечной паренхимы, нередко при отсутствии клинической и лабораторной симптоматики. СНСГ эффективна в оценке функции почечной паренхимы на ранних стадиях уродинамических нарушений. Чувствительность и специфичность сцинтиграфии почек в статическом режиме с 99mTc-ДМСА в выявлении склеротических изменений почечной паренхимы – 88% и 84% соответственно.

Недостатком способа является его низкая информативность при симметричном поражении почек и у больных с единственной почкой.

- **Рекомендуется** проведение магнитно-резонансной томографии урографии (МРТ) с нагрузочными пробами (фуросемид) пациентам с гидронефрозом независимо от возраста для получения более точной анатомической детализации пораженной почки, оценки дифференциальной функции почек и исследования уродинамики в условиях диуретической нагрузки [51-56].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: обеспечивает комплексную морфологическую и функциональную информацию. С помощью различных режимов при МРТ с контрастом с нагрузочными пробами можно также получить изображение почечных сосудов и провести виртуальную уретерореноскопию. При выявлении дилатации ЧЛС чувствительность МРТ составляет 95-100%, специфичность – 83-90%, в случае стеноза ЛМС данные показатели составляют 92-100% и 80-95%, для уретеровазального конфликта – 89-96% и 88-96% соответственно. Особый интерес к функциональному методу в детской урологии в первую очередь связан с отсутствием ионизирующего излучения, в отличие от лучевых визуализирующих методик. Несмотря на высокую информативность метода в диагностике обструктивного ГН, существенным ограничением проведения МРТ у пациентов младшего возраста является необходимость обязательной седации из-за длительности исследования [36].

- **Рекомендуется** выполнение ретроградной уретеропиелографии взрослым пациентам с гидронефрозом для четкой визуализации ВМП со стороны поражения, с целью

подтверждения диагноза, определения анатомического состояния ЛМС, точной локализации обструкции и протяженности зоны сужения мочеточника [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Показанием считают отсутствие визуализации мочеточника ниже уровня обструкции по результатам неинвазивных лучевых методов диагностики. Исследование значимо при планировании повторных хирургических вмешательств в случае подозрения на стеноз уретеропиелоанастомоза.

- **Рекомендуется** выполнение антеградной пиелоуретрографии пациентам с гидронефрозом вне зависимости от возраста при наличии нефростомического дренажа для визуализации ВМП, локализации и протяженности стеноза мочеточника [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** выполнение пиеломанометрии (Whitaker's test - антеградное измерение давления в ВМП) пациентам с гидронефрозом при наличии нефростомического дренажа для оценки сократительной способности верхних мочевых путей [57].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: для выполнения пиеломанометрии необходимы нефростомический дренаж, специальное уродинамическое оборудование и электронно-оптический преобразователь. Тест Whitaker показан для пациентов с нефростомой или при сомнительных результатах других менее инвазивных диагностических тестов. Тест предполагает измерение давления в ЧЛС во время введения физиологического раствора в систему сбора с фиксированной скоростью 10 мл/мин.

Интерпретация результатов:

- нормальной считают разницу менее 15 см водного столба;
- наличие обструкции подтверждают при разнице более 22 см водного столба;
- при разнице более 15 см водного столба, но менее 22 см водного столба, результат считают сомнительным и повышают скорость введения до 15 мл/мин.

- **Рекомендуется** выполнение уретероскопии пациентам с гидронефрозом, вне зависимости от возраста, для исключения стеноза уретеропиелоанастомоза после предшествующей реконструктивно-пластической операции или подозрении на рецидив стеноза ЛМС после эндопиелотомии [20].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: учитывая высокоинвазивный характер исследования при планировании последующей эндоскопической коррекции уретеропиелоанастомоза, уретероскопию

целесообразно выполнять с диагностической целью (комбинация диагностики стеноза анастомоза и хирургической коррекции одновременно).

Возможность проведения уретероскопа через зону предполагаемого сужения в лоханку не означает отсутствие стеноза.

2.5 Дифференциальная диагностика

- Гидронефроз **рекомендуется** дифференцировать от различных заболеваний почек и органов брюшной полости, в зависимости от преобладающих в клинической картине проявлений гидронефроза [58].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: при наличии боли дифференциальную диагностику проводят с нефролитиазом и нефроптозом. Обзорная урография или СКТ позволяют подтвердить или опровергнуть нефролитиаз. В отличие от гидронефроза при нефроптозе боль возникает при движении и физическом напряжении и быстро стихает в покое. Сравнение экскреторных урограмм в положении лёжа и стоя позволяет диагностировать нефроптоз. Стриктура ЛМС и нефроптоз могут сочетаться.

При пальпируемом образовании в забрюшинном пространстве следует дифференцировать гидронефроз от опухоли, поликистоза почек и простой кисты почки.

При опухоли - почка малоподвижна, плотной консистенции, с бугристой поверхностью. На пиелограмме видна характерная деформация лоханки со сдавлением или «ампутацией» чашечек.

При поликистозе обе почки увеличены, бугристы. Выявляют признаки почечной недостаточности. На пиелограмме видны удлинённая лоханка и ветвистые чашечки, вытянутые в виде полулуний.

При простой кисте почки на пиелограмме обнаруживают сдавление чашечно-лоханочной системы соответственно расположению кисты. Диагноз устанавливают после выполнения УЗИ и МСКТ.

При гематурии и пиурии гидронефроз следует дифференцировать от опухоли лоханки, пионефроза и туберкулёза почки (в основном рентгенологическими методами).

При выявлении пиелокаликотазии гидронефроз следует дифференцировать от следующих состояний и заболеваний (проведение радиоизотопного исследования при большинстве указанных состояний не выявляет нарушения функции почки):

- несахарный диабет;
- приём диуретиков;
- физиологическая полидипсия и полиурия;

- «чашечковые» дивертикулы;
- полимегакаликоз;
- экстраренальная лоханка;
- синдром Пруне–Белли (*Prune–Belly syndrome*);
- парпельвикальная киста;
- папиллярный некроз;
- физиологическое расширение ВМП на фоне беременности.

При обнаружении уретеропиелокаликоэктазии уретрогидронефроз следует дифференцировать от:

- пузырно-мочеточникового рефлюкса (диагностируют с помощью микционной уретроцистографии);
- уретероцеле;
- мегауретера;
- аномалий положения мочеточника (ретрокавальный, ретроилеакальный мочеточник).

Диагноз помогают установить экскреторная урография и МСКТ.

3. Лечение

3.1 Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение имеет основное значение и играет вспомогательную роль при подготовке пациента к оперативному лечению и ликвидации, предотвращению осложнений гидронефроза [62].

3.3 Хирургическое лечение

Основная цель оперативного лечения – восстановление нормального пассажа мочи, сохранение функции почки, профилактика прогрессирования хронического пиелонефрита и атрофии почечной паренхимы.

Варианты лечения ГН на фоне стеноза ЛМС у детей и у взрослых в целом идентичны и включают широкий спектр подходов. Однако, согласно рекомендациям, EAU/ESPU, ранняя хирургическая коррекция стеноза ЛМС показана детям с III-IV степенью ГНТ (SFU), переднезадним диаметром лоханки > 20 мм, дифференциальной функцией почки (ДФП) <40% и отрицательной диуретической пробой ($T_{1/2} > 20$ мин). Переход от наблюдения к пиелопластике рекомендован при снижении ДФП более чем на

10% в течение периода наблюдения, увеличении ПЗД лоханки, нарастании степени гидронефроза (SFU) и появлении симптомов (боль/ИМП) [10].

- **Рекомендуется** выполнение открытых пластических операций у пациентов со стенозом ЛМС и ГН [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: золотым стандартом лечения стеноза ЛМС, ГН долгие годы считалась открытая пиелопластика, осуществляемая через передний экстраперитонеальный или люмботомический доступ. Эффективность открытых пластических операций составляет около 87-95%. В настоящее время основными недостатками данного хирургического вмешательства считают высокую послеоперационную морбидность и длину разреза, снижающего косметический эффект. Золотым стандартом реконструктивной хирургии гидронефроза считают ампутационную пиелопластику (АП) или операцию Hynes-Anderson. Основной принцип операции заключается в удалении измененного ЛМС, а при необходимости - патологически измененного участка в/3 мочеточника и части почечной лоханки с последующим прецизионным сопоставлением анастомозируемых поверхностей мочеточника и лоханки. Однако данная методика не зарекомендовала себя как основной метод лечения при протяженных или множественных стриктурах в/3 мочеточника, а также при небольших внутривисцеральных лоханках.

При протяженных стриктурах в/3 мочеточника наиболее целесообразно выполнять лоскутные пиелопластики с целью создания анастомоза без натяжения и минимальной деваскуляризации ЛМС. К таким пластикам относят пластику спиральным лоскутом по Culp-DeWeerd и пластику вертикальным лоскутом по Scardino-Prince.

При высоком отхождении мочеточника может быть выполнена Y-V образная пластика по Фолею (Foley) или пиелопластика по Альбаррану-Лихтенбергу (Albarran-Lichtenberg). В проведенных исследованиях, сравнивающих методику по Фолею Foley с операцией Hynes-Anderson, выполненных в аналогичных условиях отмечалось значительное сокращение интраоперационных временных затрат, и простота наложения интракорпоральных швов в группе Y-V при аналогичных исходах операции [63]. В другом исследовании, сравнивающем успешность операции Hynes-Anderson и Y-V пластику по Фолею Foley, отмечено что в первой группе успех был несколько выше, но разница была статистически не значимой [64].

Наличие вазоуретерального конфликта как возможной причины гидронефроза требует проведения операции, предполагающей одновременное удаление суженного

участка мочеточника и устранение этого конфликта. Наиболее популярна - антевазальная пиелопластика по Hynes-Anderson.

У взрослых пациентов ВМП после операции дренируются стентом на 4-6 недель. Нет единого мнения в отношении каким методом необходимо выполнять установку стента – ретроградным или антеградным [65]. Существуют исследования по бездренажной пластике, тем не менее дренирование ВМП регламентировано у пациентов с единственной почкой, протяженными стенозами в/з мочеточника, выраженной интраоперационной геморрагией из анастомозируемых поверхностей, а также у пациентов с уретеритом [66].

- **Рекомендуется** выполнение лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций у пациентов со стенозом ЛМС и ГН [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: в настоящее время золотым стандартом лечения гидронефроза считается лапароскопическая пиелопластика (ЛП, выполненная впервые в 1993 г. Schuessler et al). Основными преимуществами методики считают не значимую кровопотерю, низкую послеоперационную морбидность, хороший косметический эффект и сопоставимые результаты с открытыми пиелопластиками. Данный хирургический доступ показал свою эффективность как у детей <1 года, так и у пожилых пациентов (≥ 70 лет) [67, 68]. ЛП с успехом применяется и у пациентов с подковообразной почкой [6]. В крупных исследованиях эффективность методики составляет от 85 до 100% [69].

Операция может быть осуществлена трансперитонеально или экстраперитонеально. В проведенных исследованиях, сравнивающих данные доступы, различий в послеоперационных функциональных результатах не выявлено, однако, для выполнения пиелопластики ретроперитонеоскопическим доступом требуется больше временных затрат [70,71].

- **Рекомендуется** выполнение робот-ассистированных операций у пациентов со стенозом ЛМС и ГН [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: роботические системы значительно уменьшают недостатки лапароскопических методик за счет трехмерного изображения, отсутствия тремора и 5 степеней подвижности инструментов. Однако, имеются недостатки в виде отсутствия тактильной обратной связи и экономической затратности. Клинические испытания показали безопасность и эффективность методики, однако различий в функциональных результатах и количестве осложнений по сравнению с ЛП не выявлено [72, 73].

Исследования, сравнивающие открытую и робот-ассистированную пиелопластику у детей, показали, что в последней группе значительно ниже послеоперационный койко-день, низкая послеоперационная морбидность и интраоперационная кровопотеря [74]. Также проведенные исследования показали, что за 2 года наблюдений за пациентами после робот-ассистированной пиелопластики только 5% пациентов потребовали повторного хирургического вмешательства по поводу стеноза анастомоза в сравнении с 13% пациентов, перенесших традиционную открытую ЛП [75].

- **Рекомендуется** выполнение минимально-инвазивных эндоскопических операций у пациентов со стенозом ЛМС, ГН [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: эндоскопическая эндопиелотомия была впервые описана в 1984 г. Ramsay et al. Преимуществами данного хирургического пособия можно считать снижение послеоперационного койко-дня и быстрое послеоперационное восстановление. Однако функциональные результаты данной малоинвазивной методики хуже по сравнению с открытой, лапароскопической и робот-ассистированной пиелопластикой. Проведенные исследования показали, что перкутанная эндопиелотомия может быть эффективна в 65-93% [76]. Однако, при правильном отборе пациентов, данная методика может иметь клиническую и функциональную эффективность. Исследования показали, что пациенты с ранним гидронефрозом (2 по Лопаткину) и сохранной функцией почки имеют хорошие результаты хирургического вмешательства по сравнению с пациентами с выраженным гидронефрозом (3А по Лопаткину). Следует помнить, что при стенозах, превышающих 2 см в длину, результаты антеградной и ретроградной эндопиелотомии могут быть неблагоприятными [77]. Эндопиелотомия редко используется у пациентов детского возраста.

Альтернативным эндоскопическим методом может служить баллонная дилатация. Баллонная дилатация наиболее эффективна при выявлении стеноза уретеропиелоанастомоза при условии выполнения ее в первые 2-3 месяца после первичной реконструктивной операции. Высокая эффективность может быть обусловлена отсутствием грубой соединительной ткани в зоне сужения.

Эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления применяется и для малоинвазивного лечения стеноза ЛМС у пациентов первых лет жизни (до 18 месяцев), для которых свойственна недостаточная сформированность тканевых структур лоханки и ЛМС. Процент положительных результатов баллонной дилатации составляет 70-80% [78-80].

Эффективность методики несколько ниже по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами, но превосходит их по комплаентности и малотравматичности.

- **Рекомендуется** выполнение нефрэктомии у пациентов с терминальным ЗБ ГН [19].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *нефрэктомия может быть выполнена у симптоматических пациентов с нарушенной функцией почки (ДФП менее 15-20%) или нефункционирующей почкой, или при отсутствии технической возможности выполнения повторных реконструктивных операций. Данная хирургическая операция должна рассматриваться только в случае сохранной функции контралатеральной почки.*

- **Рекомендуется** выполнение чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС) или установка внутреннего стента у пациентов со стенозом ЛМС, ГН в предоперационном периоде в следующих ситуациях:

- обострение хронического пиелонефрита;
- прогрессирование ХПН при двустороннем процессе или гидронефрозе единственной анатомической либо функционирующей почки;
- у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями для купирования болевого симптома;
- в терминальных стадиях гидронефроза при необходимости решения вопроса о выборе между нефрэктомией и органосохраняющей операцией [13, 22, 59, 81].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *в терминальных стадиях гидронефроза при необходимости решения вопроса о выборе между нефрэктомией и органосохраняющей операцией выполняется дренирование почки. Через 1-2 недели после дренирования исследуется очистительная и концентрационная функция пораженной почки (если был установлен нефростомический дренаж) и выполняется динамическая нефросцинтиграфия.*

4. Реабилитация

- **Рекомендуется** удаление внутреннего стента спустя 4–6 недель после эндоскопической, открытой или лапароскопической операции [22, 59].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- Динамическое наблюдение **рекомендуется** всем пациентам в постнатальном периоде с функцией почки > 40% и ПЗД лоханки <15 мм [1, 12, 22, 23, 59].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: консервативная тактика ведения новорожденных и пациентов грудного возраста основана на возможности гидронефроза I-II степени SFU спонтанно регрессировать в течение первых 12-14 месяцев жизни в 65% случаев [60]. Гидронефротическая трансформация в этих случаях связана с преходящей дисфункции созревания структурных элементов лоханки/мочеточника (вследствие задержки и гетерохронности созревания).

Наблюдение сопровождается проведением регулярных УЗИ почек и изотопных исследований с ^{99m}Tc -МАГЗ (или ^{99m}Tc - ДМСА). Ультразвуковой мониторинг - 1 раз в 3 месяца в течение первого года жизни для оценки динамики ретенционных изменений почек. При отсутствии отрицательной динамики УЗИ рекомендуется – 1 раз в 6 месяцев и нефросцинтиграфия с МАГЗ (DMSA) для оценки функции почечной паренхимы - 1 раз в год. Возможно выполнение УЗИ с диуретической пробой (исследование динамики ПЗД лоханки и RI на фоне форсированного диуреза), исследование уровня биохимических маркеров повреждения паренхимы (трансформирующий фактор роста β_1 ($\text{TGF}\beta_1$), эпидермальный фактор роста (EGF), эндотелин-1 (ET-1), моноцитарный хемоаттрактантный протеин-1 (MCP-1), низкомолекулярный β_2 -микроглобулин и канальцевые ферменты (γ -глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, N-ацетил- β -D-глюкозаминидаза и др.) [61]. При увеличении степени ГНТ – динамическая нефросцинтиграфия ^{99m}Tc -МАГЗ с диуретической пробой, с использованием протокола F-15 или F+0.

- **Рекомендуется** выполнить УЗИ 1 раз в 6 мес., а контроль функции почек (радиоизотопное исследование) — 1 раз спустя 1 год после оперативного лечения [13].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** диспансерное наблюдение в течение 3-х лет после операции у участкового уролога. При наличии остаточной дилатации ЧЛС диспансерное наблюдение может быть пролонгировано [21].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- При наличии у пациентов дилатации чашечно-лоханочной системы, не соответствующей срокам послеоперационного лечения, а также – при подозрении на стеноз уретеропиелoaнастомoза **рекомендуется** выполнение СКТ и уретероскопии [22, 59].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

6. Организация медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

- 1) подтвержденный стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента, гидронефроз 2-3 стадии на основании инструментальных методов диагностики для проведения реконструктивной операции.

Показания для экстренной госпитализации:

- 1) острый обструктивный пиелонефрит

Показания к выписке пациента из стационара:

- 1) Отсутствие необходимости в стационарном наблюдении и лечении после проведенной операции при адекватной проходимости стента.
- 2) отсутствие гнойно-септических осложнений после хирургического вмешательства
- 3) отсутствие тромбоэмболических осложнений после хирургического вмешательства
- 4) достигнут беспрепятственный пассаж мочи по ВМП в результате хирургического вмешательства согласно данным УЗИ или (при необходимости) СКТ

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнено хирургическое вмешательство пациентам при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	4	D
2.	Достигнут беспрепятственный пассаж мочи по ВМП в результате хирургического вмешательства согласно данным УЗИ или (при необходимости) СКТ	4	D
3.	Отсутствие гнойно-септических осложнений	4	D
4.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений	4	D

Список литературы

1. Hashim Hashim, Christopher R.J. Woodhouse Ureteropelvic Junction Obstruction EUROPEAN UROLOGY SUPPLEMENTS 11 (2012) 25–32 doi:10.1016/j.eursup.2012.01.004
2. Maizels M, Stephens FD. Valves of the ureter as a cause of primary obstruction of the ureter: anatomic, embryologic and clinical aspects. J Urol 1980;123:742–7.
3. Hosgor M, Karaca I, Ulukus C, et al. Structural changes of smooth muscle in congenital ureteropelvic junction obstruction. J Pediatr Surg 2005;40:1632–6.
4. Lowe FC, Marshall FF. Ureteropelvic junction obstruction in adults. Urology 1984;23:331–5.
5. Adey GS, Vargas SO, Retik AB, et al. Fibroepithelial polyps causing ureteropelvic junction obstruction in children. J Urol 2003;169: 1834–6.
6. Lallas CD, Pak RW, Pagnani C, et al. The minimally invasive management of ureteropelvic junction obstruction in horseshoe kidneys. World J Urol 2011;29:91–5.

7. Сизонов В.В. Диагностика обструкции пиелoureтерального сегмента у детей. Вестник урологии. 2016г. №4 с 56-120
8. Capello S. A., Kogan B. A., Giorgi L. J. et al. Prenatal ultrasound has led to earlier detection and repair of ureteropelvic junction obstruction. J Urol. 2005; 174:1425–1428
9. Cohen B, Goldman SM, Kopilnick M, Khurana AV, Salik JO. Ureteropelvic junction obstruction: its occurrence in 3 members of a single family. J Urol 1978;120:361–4.
10. Pediatric urology guidelines, ESPU. 2015; 41-44.; Pediatric urology guidelines, European association of urology. 2018; 49-53
11. Thomas DFM. Upper tract obstruction. In: Thomas DFM, Duffy PG, Rickwood AMK, editors. Essentials of paediatric urology. ed. 2. London, UK: Informa Healthcare; 2008. p. 73–92.
12. Nonomura K., Yamashita T., Kanagawa K. et al. Management and outcome of antenatally diagnosed hydronephrosis // Int. J. Urol. — 1994 — Vol. 1 — P. 121—128.
13. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии // Москва: Медицина, 1998. — Т. 2. — С. 190.
14. Onen A. An alternative grading system to refine the criteria for severity of hydronephrosis and optimal treatment guidelines in neonates with primary UPJ-type hydronephrosis. J. Pediatr. Urol. 2007; 3 (3): 200-205. doi: 10.1016/j.jpuro.2006.08.002
15. Fernbach SK, Maizels M, Conway JJ. Ultrasound grading of hydronephrosis: Introduction to the system used by the Society for Fetal Urology. Pediatr Radiol 1993; 23: 478-480
16. Grignon A, Filion R, Filiatrault D, Robitaille P, Homsy Y, Boutin H, et al. Urinary tract dilatation in utero: classification and clinical applications. Radiology. 1986;160: 645-7
17. Дерюгина Л.А. Антенатальная диагностика врожденных заболеваний мочевыводящей системы и обоснование тактики ведения детей в постнатальном периоде. Дис. д-ра мед. наук. — М, 2008.
18. Nguyen, H.T., Herndon, C.D., Cooper C., et al. The Society for Fetal Urology consensus statement on the evaluation and management of antenatal hydronephrosis. J Pediatr Urol. 2010; 6: 212–231. doi: 10.1016/j.jpuro.2010.02.205.
19. Krajewski W, Wojciechowska J, Dembowski J, Zdrojowy R, Szydelko T. Hydronephrosis in the course of ureteropelvic junction obstruction: An underestimated problem? Current opinions on the pathogenesis, diagnosis and treatment. Adv Clin Exp Med. 2017 Aug;26(5):857-864. doi: 10.17219/acem/59509.
20. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г. Гидронефроз. М: ГЕОТАР-Медиа, 2011г, 32 с.
21. Урология, национальное руководство/ под редакцией акад. РАМН Н.А. Лопаткина. Москва, «ГЕОТАР-Медиа», 2009г с. 370.
22. Григорян В.А. Хирургическое лечение гидронефроза: Дис. д-ра мед. наук. — М, 1998.
23. Heinlen JE, Manatt CS, Bright BC, Kropp BP, Campbell JB, Frimberger D. Operative versus nonoperative management of ureteropelvic junction obstruction in children. Urology 2009; 73:521–5
24. Ebel KD. Uroradiology in the fetus and newborn: diagnosis and follow-up of congenital obstruction of the urinary tract. Pediatr Radiol 1998;28(8):630–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9716640>
25. Ismaili K, Avni FE, Hall M. Results of systematic voiding cystourethrography in infants with antenatally diagnosed renal pelvis dilatation. J Pediatr. 2002; 141:21–4
26. Ward VL. Patient dose reduction during voiding cystourethrography. Pediatr Radiol. 2006; 36:168-72

27. Herndon C.D., McKenna P.H., Kolon T.F. et al. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. *J Urol.* 1999; 162: 1203-1208. DOI: 10.1016/S0022-5347(01)68134-5
28. Capolicchio J.P., Braga L.H., Szymanski K.M. Canadian Urological Association/Pediatric Urologists of Canada guidelines on the investigation and management of antenatally detected hydronephrosis. *Can Urol Assoc J.* 2018;12(4):85-92. <https://doi.org/10.5489/cuaj.5094>
29. Mitterberger M, Pinggera GM, Neururer R, et al. Comparison of contrast-enhanced color Doppler imaging (CDI), computed tomography (CT), and magnetic resonance imaging (MRI) for the detection of crossing vessels in patients with ureteropelvic junction obstruction UPJO). *Eur Urol.* 2008 ; 53:12 5 4 –126 0
30. Васильев, А.Ю. Лучевая диагностика в педиатрии. / А.Ю. Васильев. ГЭОТАР-Медиа. 2009. - С. 217.
31. Talner LB. Specific disorders of the urinary tract. In: *Clinical Urography*, Pollack HM, Dyer RB, editors. By: WB Saunders: Philadelphia. 2000
32. Ramaswamy K, Marien T, Mass A, Stifelman M, Shah O. Simplified approach to estimating renal function based on computerized tomography. *Can J Urol.* 2013; 20:6833–6839.
33. Каситериди И.Г. Сравнительная оценка современных методов исследования при гидронефрозе. Дис. К-та мед. наук. — М., 2005.
34. Khaira H.S., Platt J.F., Cohan R.H. et al. Helical computed tomography for identification of crossing vessels in ureteropelvic junction obstruction-comparison with operative findings. *Urology.* 2003; 62 (1); 35-39.
35. Krzemien, G. Importance of different imaging methods in diagnosis of significant urodynamically ureteropelvic junction obstruction in children with congenital hydronephrosis. *Pol Merkur Lekarski.* 2008; 24(4): 41- 45.
36. Thukral, B. B. Problems and preferences in pediatric imaging. *Indian J Radiol Imaging.* 2015; 25 (4):359-364.
37. Towbin R., Baskin K. *Pediatric Interventional Radiology.* Cambridge University Press. 2015; 493
38. Esmaeili M, Ghane F, Alamdaran A. Comparison Between Diuretic Urography (IVP) and Diuretic Renography for Diagnosis of Ureteropelvic Junction Obstruction in Children. *Iran J Pediatr.* 2016 Feb;26(1):e4293. doi: 10.5812/ijp.4293. Epub 2016 Jan 30.
39. Taylor AT, Brandon DC, de Palma D. et al. SNMMI Procedure Standard/EANM Practice Guideline for Diuretic Renal Scintigraphy in Adults With Suspected Upper Urinary Tract Obstruction. *Semin Nucl Med.* 2018 Jul;48(4):377-390. doi: 10.1053/j.s
40. Prigent A., Cosgriff P., Gates G.F. et al. Consensus report on quality control of quantitative measurements of renal function obtained from renogram: International Consensus Committee from the Scientific Committee of Radionuclides in Nephrourology. *Semin. Nucl. Med.* 1999; 91:46–59.
41. Lee J.N., Kang J.K., Jeong S.Y. et al. Predictive value of cortical transit time on MAG3 for surgery in antenatally detected unilateral hydronephrosis caused by ureteropelvic junction stenosis. *J Pediatr Urol.* 2018;14(1):55.e1-55.e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2017.08.009
42. O' Reilly P., Aurell M., Britton K. et al. Consensus on diuresis renography for investigating the dilated upper urinary tract. *J. Nucl. Med.* 1996; 37 (11):1872-76.
43. Gordon I., Piepsz A., Sixt R. Auspices of Paediatric Committee of European Association of Nuclear Medicine. Guidelines for standard and diuretic renogram in children. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging.* 2011; 38 (6):1175- 88. DOI 10.1007/s00259-011-1811-36
44. Rao NP, Srirangam SJ, Preminger GM. *Nuclear Medicine Investigations. Urological Tests in Clinical Practice.* London: Springer-Verlag; 2007. p. 132-62.

45. Majd M, Bar-Sever Z, Santos AI, De Palma D. The SNMMI and EANM Procedural Guidelines for Diuresis Renography in Infants and Children. *J Nucl Med.* 2018;59(10):1636-1640. doi: 10.2967/jnumed.118.215921
46. Piepsz A, Sixt R., Gordon I. Performing renography in children with antenatally detected pelvi-ureteric junction stenosis: errors, pitfalls, controversies. *Q. J. Nucl. Med. Mol. Imaging.* 2010; 54(4):350-62
47. Павлов, А.Ю., Сабирзянова З.Р., Фомин Д.К. и др. Современные возможности лучевой диагностики пороков развития мочевыделительной системы у детей. *Российский электронный журнал радиологии.* 2011; 1 (2): 135-136.
48. Mendichovszky I. Nuclear Medicine in Pediatric Nephro-Urology: An Overview. *Semin Nucl Med.* 2017; 47 (3): 204-228.
49. Ritchie G. Wilkinson A.G., Prescott R.J. Comparison of differential renal function using technetium-99m mercaptoacetyltriglycine (MAG3) and technetium-99m dimercaptosuccinic acid (DMSA) renography in a paediatric population. *Ped. Radiol.* 2008; 38(8):857-62. doi: 10.1007/s00247-008-0908-8.
50. Яцык С.П., Зубовский Г.А., Фомин Д.К. Способ оценки жизнеспособности почечной паренхимы. Пат. № 2270605, РФ. Бюл. 2006; № 6
51. Громов, А.И. Лучевая диагностика и терапия в урологии. Национальное руководство. / А. И. Громов, В.М. Буйлов, С.К. Терновой. ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - С. 544.
52. Cerwinka, W. H., Grattan-Smith J.D., Kirsch A.J. Magnetic resonance urography in pediatric urology. *J Pediatr Urol.* 2008; 4(1): 74-82.
53. Arlen, A.M. Magnetic resonance urography for diagnosis of pediatric ureteral stricture / A. M. Arlen // *J Pediatr Urol.* - 2014. - Т. 10. - No5. - С. 792-798.
54. Ritter, L. Significance of MR angiography in the diagnosis of aberrant renal arteries as the cause of ureteropelvic junction obstruction in children. *Rofo.* 2015; 187(1): 42-48.
55. Sharma A. Comparison of intravenous urography and magnetic resonance urography in preoperative evaluation of pelvi-ureteric junction obstruction in children. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2016; 21 (4):169-174.
56. Hwang, S.I. Effectiveness of MR urography in the evaluation of kidney which failed to opacify during excretory urography: comparison with ultrasonography. *Korean J Radiol.* 2000; 1(3):152-158.
57. Johnston RB, Porter C. The Whitaker test. *Urology journal.* 2014;11(3):17 27–17 3 0.
58. Ringert R.H., Kallerhoff M. Leitlinie zur Diagnostik der Harntransportstörungen in der Kinderurologie // *Urologe A.* — 1998. — Vol. 37. — P. 573–574.
59. Еникеев М.Э. Гидронефроз: современные технологии в диагностике и лечении. Дис. д-ра мед. наук. — М., 2008.
60. Lee RS, Cendron M, Kinnamon DD, et al. Antenatal hydronephrosis as a predictor of postnatal outcome: A meta-analysis. *Pediatrics* 2006; 118:586-93. DOI: 10.1542/peds.2006-0120
61. Alberti C. Congenital ureteropelvic junction obstruction: physiopathology, decoupling of tout court pelvic dilatation-obstruction semantic connection, biomarkers to predict renal damage evolution. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2012; 16(2):213-9.
62. Belman A.B. A perspective on vesicoureteral reflux // *Urol. Clin. North. Am.* — 1995. — Vol. 22. — P. 139–150.

63. Szydelko T, Kasprzak J, Apoznanski W, et al. Comparison of dismembered and nondismembered Y-V laparoscopic pyeloplasty in patients with primary hydronephrosis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010 ; 20 (1):7–12 .
64. Szydelko T, Kasprzak J, Lewandowski J, Apoznanski W, Dembowski J. Dismembered laparoscopic Anderson-Hynes pyeloplasty versus nondismembered laparoscopic Y-V pyeloplasty in the treatment of patients with primary ureteropelvic junction obstruction: A prospective study. *Journal of Endourology/Endourological Society*. 2012 ; 26 (9) :1165 – 1170 .
65. Arumainayagam N, Minervini A, Davenport K, et al. Antegrade versus retrograde stenting in laparoscopic pyeloplasty. *J Endourol*. 2008;22:671–674.
66. Shalhav AL, Mikhail AA, Orvieto MA, Gofrit ON, Gerber GS, Zorn KC. Adult stentless laparoscopic pyeloplasty. *JSLs*. 2007;11: 8–13.
67. Giri SK, Murphy D, Costello AJ, Moon DA. Laparoscopic pyeloplasty outcomes of elderly patients. *J Endourol*. 2011;25:251–256.
68. Metzelder ML, Schier F, Petersen C, Truss M, Ure BM. Laparoscopic transabdominal pyeloplasty in children is feasible irrespective of age. *J Urol*. 2006 ;175: 688–691.
69. Autorino R, Eden C, El-Ghoneimi A, et al. Robot-assisted and laparoscopic repair of ureteropelvic junction obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*. 2014; 65:430–452.
70. Shoma AM, El Nahas AR, Bazeed MA. Laparoscopic pyeloplasty: A prospective randomized comparison between the transperitoneal approach and retroperitoneoscopy. *J Urol*. 2007; 178:2020–2024; discussion 2024.
71. Wu Y, Dong Q, Han P, Liu L, Wang L, Wei Q. Meta-analysis of transperitoneal versus retroperitoneal approaches of laparoscopic pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2012; 22(7):658–662.
72. Uberoi J, Disick GI, Munver R. Minimally invasive surgical management of pelvic-ureteric junction obstruction: Update on the current status of robotic-assisted pyeloplasty. *BJU Int*. 2009; 104:1722–1729.
73. Braga LH, Pace K, DeMaria J, Lorenzo AJ. Systematic review and meta-analysis of robotic-assisted versus conventional laparoscopic pyeloplasty for patients with ureteropelvic junction obstruction: Effect on operative time, length of hospital stay, post-operative complications, and success rate. *Eur Urol*. 2009; 56:848–857.
74. Chang SJ, Hsu CK, Hsieh CH, Yang SS. Comparing the efficacy and safety between robotic-assisted versus open pyeloplasty in children: A systemic review and meta-analysis. *World J Urol*. 2015;33(11):1855 –1865.
75. Lucas SM, Sundaram CP, Wolf JS, et al. Factors that impact the outcome of minimally invasive pyeloplasty: Results of the Multi-institutional Laparoscopic and Robotic Pyeloplasty Collaborative Group. *J Urol*. 2012;187: 522–527.
76. Manikandan R, Saad A, Bhatt RI, Neilson D. Minimally invasive surgery for pelviureteral junction obstruction in adults: A critical review of the options. *Urology*. 2005;65:422–432.
77. Lam JS, Cooper KL, Greene TD, Gupta M. Impact of hydronephrosis and renal function on treatment outcome: Antegrade versus retrograde endopyelotomy. *Urology*. 2003; 61:1107–1111.
78. Ning Xu, Shao-Hao Chen, Xue-Yi Xue et al. Comparison of Retrograde Balloon Dilatation and Laparoscopic Pyeloplasty for Treatment of Ureteropelvic Junction Obstruction: Results of a 2-Year Follow-Up. *PLOS ONE*. 2016;11(3):e0152463. journal. pone.0152463.
79. Angulo JM, Parente A, Romero RM. et al. Management of ureteropelvic junction obstruction with high-pressure balloon dilatation: long-term outcome in 50 children under 18 months of age. *Urology*. 2013;82(5):1138–43. urology.2013.04.072.

80. Зоркин С.Н., Губарев В.И., Сальников В.Ю. и др. Эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления как метод лечения обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у детей. Вестник урологии. 2017; 5(2):5-11. DOI:10.21886/2308-6424-2017-5-2-5-11.
81. Gupta DK1, Chandrasekharam VV, Srinivas M, Bajpai M. Percutaneous nephrostomy in children with ureteropelvic junction obstruction and poor renal function. Urology. 2001 Mar;57(3):547-50.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Еникеев Михаил Эликович – доктор медицинских наук, профессор клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

2. Ростовская Вера Васильевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

3. Рапопорт Леонид Михайлович – доктор медицинских наук, профессор клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

4. Григорян Вагаршак Арамаисович – доктор медицинских наук, профессор клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

5. Лобанов Михаил Владимирович – врач-уролог клиники Урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

6. Семенякин Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Конфликт интересов:

Все члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций: специалисты, имеющие высшее медицинское образование по следующим специальностям:

1. Урология
2. Терапия
3. Общая врачебная практика (семейная медицина)
4. Хирургия.
5. Акушерство и гинекология.
6. Анестезиология-реаниматология.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств в соответствии с международными критериями

Категория	Доказательства
1А	Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований
1В	По крайней мере, 1 рандомизированное контролируемое исследование
2А	По меньшей мере, 1 контролируемое исследование без рандомизации
2В	По крайней мере, 1 квази-экспериментальное исследование
3	Описательные исследования, такие как сравнительные исследования, корреляционные исследования или "случай-контроль" исследования
4	Отчет экспертного комитета или мнение и/или клинический опыт уважаемых авторитетов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень	Основания
А	Уровень доказательства 1
В	Уровень доказательства 2 или экстраполированные рекомендации уровня доказательства 1
С	Уровень доказательства 3 или экстраполированные рекомендации уровней доказательства 1 или 2
D	Уровень доказательства 4 или экстраполированные рекомендации уровней доказательства 2 или 3

Порядок обновления клинических рекомендаций.

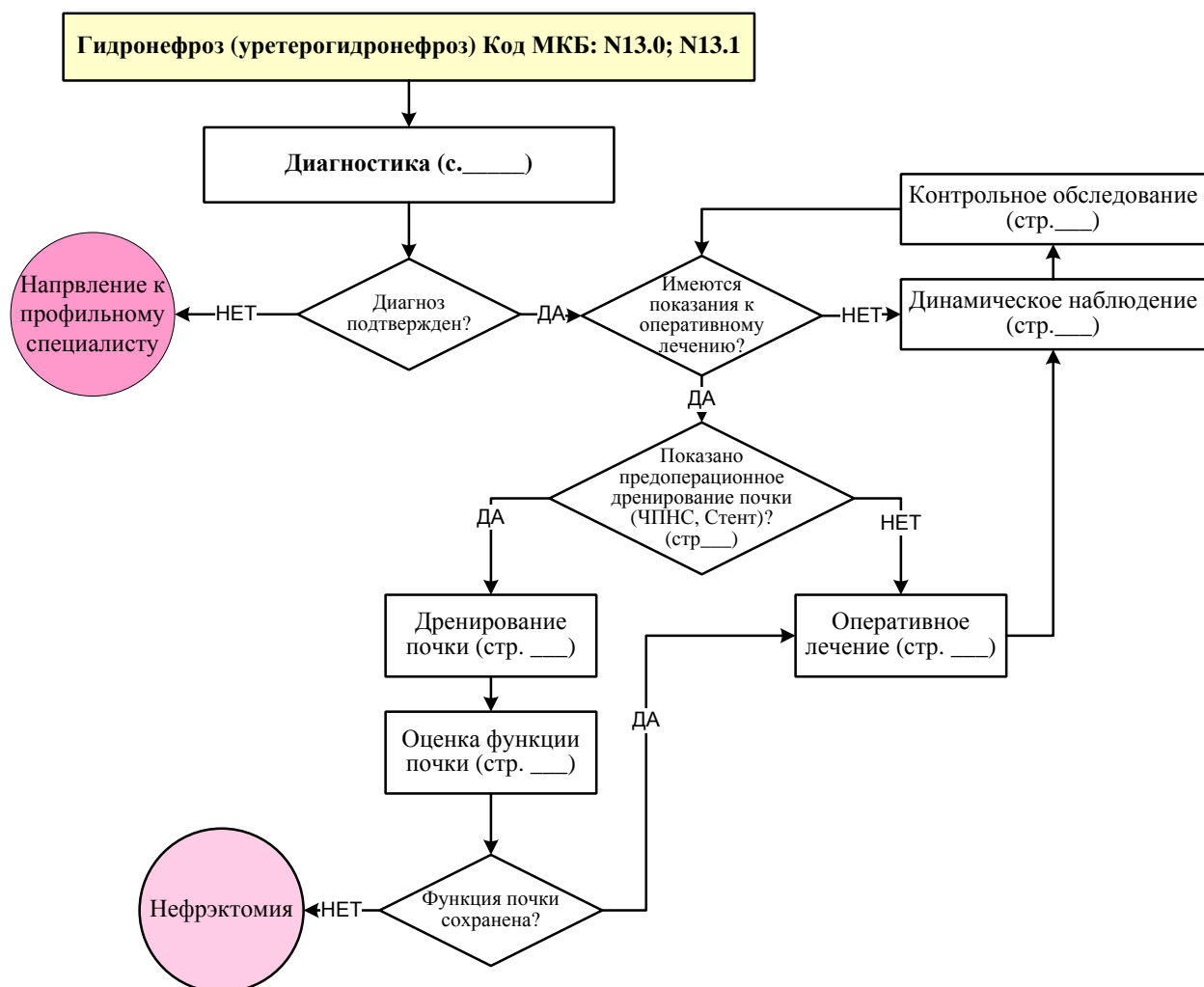
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Клинические рекомендации европейской ассоциации урологов.
2. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 907н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

Пациента информируют о клинической картине заболевания, знакомят с различными методами лечения и их потенциальными результатами. Выбор метода лечения следует выполнять в результате такого собеседования после того, как пациент имел возможность задать все интересующие его вопросы.

Пациент должен быть информирован о возможных течениях заболевания, рисках, связанных с прогрессированием гидронефроза и атрофией почечной паренхимы, вплоть до потери функции почки.

Следует информировать пациента о симптоматике, различных осложнениях гидронефроза, включая вторичное камнеобразования, обострения острого пиелонефрита, артериальную гипертензию, возникновение терминальных изменений почечной паренхимы.

Особое внимание следует уделить пациентам с гидронефрозом 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 как оперативного лечения (пиелопластика, эндопиелотомия и иные), так и динамического наблюдения. Необходимо информировать пациента о малой эффективности медикаментозного лечения.

После проведения оперативного пособия необходимо разъяснить пациенту сроки удаления стента и последующего динамического мониторинга. Необходимо разъяснить сроки восстановления нормальной уродинамики; объяснить о возможности резидуальной дилатации ЧЛС при УЗИ, что само по себе еще не означает рецидива заболевания.