

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УРОДЕКСА У ДЕТЕЙ

С.Н. Зоркин, С.А. Борисова, Т.Н. Гусарова  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

**Комплекс изменений, возникающих в почках на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), занимает ведущее место среди всех форм патологии мочевыводящих путей у детей, приводящих к хронической почечной недостаточности. Для снижения риска возникновения рефлюкс-нефропатии необходимо как можно в более ранние сроки начать лечение ПМР. На сегодняшний день метод эндоскопической коррекции рефлюкса (ЭКР) является приоритетным за счет малой травматичности, короткого госпитального периода и минимального риска осложнений.**

Основными показаниями к проведению ЭКР, на наш взгляд, являются: первичный ПМР 2-4 степеней с нарушением функции почки, рефлюкс-нефропатией, выраженными расстройствами уродинамики и частыми обострениями пиелонефрита в анамнезе. При сочетании с дисфункцией мочевого пузыря обязательным является проведение в послеоперационном периоде лечения нарушения адаптационной функции детрузора, а также ПМР 1-2 степеней при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии на протяжении 1-1,5 года с рецидивами инфекции мочевых путей [1,3].

Проанализировав накопленный материал, мы пришли к выводу, что факторами, снижающими эффективность ЭКР, являются: полное удвоение верхних мочевых путей и рецидив рефлюкса после реимплантации мочеточника.

Метод ЭКР имеет множество технических нюансов, поэтому и результаты его применения значительно различаются (эффективность, по данным различных авторов, колеблется от 30% до 92%). В настоящее время общепризнанными считаются методики STING, HIT-1 и HIT-2, отличающиеся местом ввода иглы относительно устья мочеточника. Считаем, что выбор способа введения необходимо осуществлять с учетом индивидуальных анатомических особенностей устья мочеточника каждого конкретного больного.

В последние годы используется широкий спектр препаратов для коррекции рефлюкса. Все они должны отвечать следующим требованиям: быть биологически совместимыми с тканями организма человека, безопасными и не мигрировать в другие ткани и органы.

Применяемые имплантаты разделяются на две группы: нестабильные (рассасывающиеся) и стабильные (нерассасывающиеся). В нашей клинике предпочтение отдается стабильному имплантату – Уродексу. Последний представляет собой суспензию микрочастиц декстраномера (DEAE Сефадекс) и поперечно сшитых молекул гиалуроновой кислоты неживотного происхождения [2,3].

С апреля 2008 г. по май 2010 г. в нашем отделении с ПМР 2-5 степеней находились дети в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. У 35 больных ПМР был двусторонним, у 52 – односторонним.

Распределение ПМР по степеням было следующим: 2 степень – у 17 (19,5%) детей, 3 степень – у 55 (63,2%), 4 степень – у 10 (11,5%), 5 степень – у 5 (5,7%) больных.

По данным микционной цистографии, проведенной через 4-10 месяцев после процедуры эндоскопической коррекции ПМР, положительный результат получен у 71 пациента (81,6%) – рефлюкс не определялся. Снижение до 1-2 степеней отмечено у 12 (13,8%) больных, что расценивалось как улучшение. Эффект отсутствовал (отрицательный результат) у 4-х (4,6%) детей, которым в дальнейшем проведена антирефлюксная операция. Осложнений не зарегистрировано.

Следует обратить внимание, что после проведения эндоскопической процедуры у 40% больных исчезли клинические симптомы дисфункции мочевого пузыря. У всех пациентов течение пиелонефрита приняло более благоприятный характер.

**Заключение.** Таким образом, хорошие результаты эндоскопической коррекции ПМР можно получить в случае соблюдения техники процедуры ЭКР. Эффективность ЭКР зависит от степени рефлюкса и первичности процедуры, т.к. неправильно выполненная предыдущая манипуляция резко снижает эффективность лечения – устье мочеточника фиксируется в невыгодном положении. Кроме этого, на результат ЭКР влияют наличие грубых аномалий устья мочеточника и дисфункция мочевого пузыря. Мы убеждены, что при использовании Уродекса можно получить наиболее высокий процент излечения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

### Литература

1. Cooper, C.S. Diagnosis and management of vesicoureteral reflux in children / C.S. Cooper // *Nat. Rev. Urol.* – 2009. – Vol.6. – P. 481-489.
2. Hodson, E.M. Interventions for primary vesicoureteric reflux / E.M. Hodson, D.M. Wheeler, G.H. Smith, J.C. Craig, D. Vimalachandra // *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, issue 3. Art. No.: CD001532. doi:10.1002/14651858.CD001532. pub3.*
3. Lakgren, G. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux: Current status / G. Lakgren // *Indian. J. Urol.* – 2009. – Vol. 25. – P. 34-39.

**Ключевые слова:** пузырно-мочеточниковый рефлюкс, эндоскопическая коррекция рефлюкса, Уродекс, дети

### ENDOSCOPIC TREATMENT OF VESICOURETERAL REFLUX WITH URODEX IN CHILDREN

ZORKIN S.N., BORISOVA S.A., GUSAROVA T.N.

**Key words:** vesicoureteral reflux, endoscopic correction, urodex, children