

Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Эльчепарова М.Г.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ;
Республиканская детская клиническая больница, г. Владикавказ

Lolaeva B.M., Geliev I.Sh., El'cheparova M.G.

ENDOSCOPIC CORRECTION OF VESICO METHOD-URETERAL REFLUX IN CHILDREN

North-Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz; Republican Children's Clinical Hospital, Vladikavkaz

Резюме

Проведен анализ результатов эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у 23 больных. Выявлены причины неблагоприятных исходов его эндоскопической коррекции, определены показания и противопоказания к данной методике лечения.

Ключевые слова: эндоскопическая коррекция, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, результаты, дети

Abstract

There was conducted an analysis of the results of endoscopic correction of bladder-ureter reflux (BUR) in 23 patients. The causes of failures of endoscopic correction of BUR were identified and the indications and contraindications for this method of treatment were determined.

Key words: endoscopic correction, bladder-ureter reflux, results, children

Введение

С внедрением в практическое здравоохранение тefлона, а также различных коллагенообразующих белковых и синтетических препаратов определенное место в лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) заняла его эндоскопическая коррекция. Накопленный на протяжении последних лет значительный клинический опыт позволил многим урологам, сторонникам эндоскопической коррекции ПМР, пересмотреть показания к этому виду лечения [2, 5, 6, 8]. Большинство клиницистов в настоящее время пришли к выводу, что эндоскопическое лечение врожденного ПМР не всегда оправдывает себя, особенно при экстравезикально расположенном устье мочеточника, расположении устья в дивертикуле мочевого пузыря, парауретеральном дивертикуле, уретероцеле, коротком интрамуральном отделе мочеточника, латерализации устья мочеточника [1, 3, 4]. У детей с этими врожденными пороками часто возникал рецидив ПМР, несмотря на неоднократное введение коллагеновых веществ в парауретеральную клетчатку.

К тому же споры вызывает целесообразность эндоскопического вмешательства при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей [6–8].

Мы – сторонники дифференцированного подхода к эндоскопическому методу введения коллагеновых веществ и считаем, что к нему целесообразно прибегать только при констатации анатомически нормально расположенного устья рефлюксирующего мочеточника и диагностировании II–III степени ПМР. При отсутствии этих показателей мы проводим оперативную коррекцию.

Материал и методы исследования

С 2008 по 2011 г. в детском урологическом отделении Республиканской детской клинической больницы г. Владикавказа проведена эндоскопическая коллагенопластика 23 пациентам с ПМР II–III степени. Возраст пациентов – от 5 до 12 лет. Девочек – 17, мальчиков – 6. У 4 (17,3%) пациентов коррекция выполнена с двух сторон. У всех пациентов эндоскопическую коррекцию ПМР проводили коллагеном. Коллаген-гель является безоболочечным эндопротезом, он нетоксичен, с антибактериаль-

ным эффектом. При введении в человеческий организм он приобретает консистенцию мягких тканей.

Под общим обезболиванием через манипуляционный цистоскоп соответствующего возрасту размера вводится гибкая игла №5 Ch и выполняется инъекция геля в область устья мочеточника (на уровне 6 часов условного циферблата) в количестве от 1,2 до 2 см³. Непосредственно после введения гель образует валик около устья и обеспечивает необходимую запирающую функцию. Глубокое и эксцентричное введение вещества, а также недостаточное его количество могут стать причиной неэффективности данной манипуляции.

Результаты исследования и их обсуждение

Непосредственно после проведения эндоскопической имплантации коллагена под устье мочеточника у 7 (30,4%) пациентов наблюдалось обострение пиелонефрита, у 3 (13%) отмечалась гематурия в течение 2–3-х дней ($p < 0,05$). Все пациенты после эндоскопической коррекции ПМР были обследованы через 6 месяцев с проведением контрольной микционной цистографии. Полное исчезновение рефлюкса отмечено у 19 (82,6%) пациентов, у 4 (17,3%) детей выявлен рецидив ПМР ($p < 0,05$). У од-

ного из них отмечено снижение степени рефлюкса, у 3-х – нарастание степени дилатации верхних мочевых путей. Рецидив ПМР у одного пациента был обусловлен смещением введенного коллагенового вещества (ему проведена повторная имплантация коллагена под устье мочеточника); а у 3-х – пороком развития интрамурального отдела мочеточника (им проведена неоимплантация мочеточника по Политано–Леадбеттеру (1 чел.) и Козну (2 чел.)). Эндоскопическая коррекция ПМР позволяет сократить длительность пребывания больного в стационаре, обеспечивает минимальную травматичность и легкую переносимость вмешательства больными.

Выводы

1. Эндоскопическая коррекция является эффективным малоинвазивным методом лечения ПМР II–III степени при отсутствии пороков развития интрамурального отдела мочеточника и его устья.

2. При диагностировании пороков развития интрамурального сегмента и устья мочеточника, а также при ПМР IV и V степеней данный вид лечения неэффективен и показано выполнение оперативной коррекции ПМР.

Список литературы

1. Долгов Б.В., Дерюгина Л.А. и др. Сравнительные результаты эндоимплантации различных материалов для коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Саратовский вестник. – 2004. – № 2 (5). – С. 23–26
2. Казанская И.В., Бабашин И.Л. и др. Обоснование эндоскопической тактики лечения обструктивных нарушений // Материалы конференции «Актуальные проблемы детской урологии». – Харьков, 2000. – С. 35–39.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Москалева Н.Г. Интермиттирующий пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. – М., 2002. – 180 с.
4. Осипов И.Б. Опыт эндоскопического лечения ПМР // Материалы конференции «Актуальные проблемы детской урологии». – Ростов-н/Д., 2003.
5. Осипов И.Б., Осипов А.И. Причины неудачной эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Материалы конференции «Актуальные проблемы детской урологии». – Харьков, 2000. – С. 151–154.
6. Пугачев А.Г. Детская урология. – М., 2009. – 831 с.
7. Greenfield S.P. Management of vesicoureteral reflux in children // Curr. Urol. Rep. – 2001. – Vol. 2. – P. 113–121.
8. Puri P., Chertin B. et al. Treatment of vesicoureteral teflon by endoscopic ijection of dextranimer (hyaluronic acid) copolymer preliminary results // T. urol. – 2003. – Vol. 170. – P. 1541–1544.

Авторы

Контактное лицо: ЛОЛАЕВА Бэла Михайловна	Кандидат мед наук, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО СОГМА. 362010, РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Ватутина, д. 17»и», кв. 17. Тел.: 8 (928) 928-63-54. E-mail: televlad@mail.ru.
ДЖЕЛИЕВ Игорь Шамильевич	Доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО СОГМА.
ЭЛЬЧЕПАРОВА Марина Геннадьевна	Старший лаборант кафедры хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО СОГМА.