

## МАСТЕР-КЛАСС ПО ПОВТОРНЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ (Москва, январь 2012 г.)

Материал подготовила Е.В. Млынчик

26 января 2012 г. в «Экспоцентре» на Красной Пресне состоялся мастер-класс «Повторные эндоскопические вмешательства у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом» (ПМР), организованный Московским НИИ педиатрии и детской хирургии, Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И. Пирогова, Научным центром здоровья детей и Российской ассоциацией детских хирургов.

В рамках мастер-класса была проведена видеоконференция с прямой трансляцией из эндоскопической операционной ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского повторных трансуретральных эндоскопических вмешательств у детей с ПМР, выполняемых урологами клиник-организаторов. Были представлены различные методики эндоскопической коррекции ПМР с использованием биологических и синтетических имплантатов (коллаген, уродекс, вантрис, а также их комбинация). Кроме того, продемонстрирована методика трансуретральной инъекционной терапии лантоксом (ботулиническим токсином типа А).

Состоялся круглый стол с обсуждением показаний, противопоказаний и эффективности различных методик эндокоррекции ПМР у детей. И.В. Казанская, В.Г. Гельдт и И.Л. Бабанин в своих сообщениях отметили, что в настоящее время эндоскопическое лечение ПМР проводится 83% пациентов, и только у 17% детей проводятся открытые хирургические вмешательства. Эффективность коррекции ПМР коллагеном наиболее высока у пациентов возрасте до 1 года (89,1%), снижаясь к 8–11 годам до 64,5%. Эффективность повторной эндоколлагенопластики составляет в среднем 84,5%.

Для повышения эффективности повторных эндоскопических вмешательств и безопасности применения синтетических имплантатов И.Л. Бабаниным впервые была обоснована и представлена методика комбинированной имплантации коллагена и синтетического полимера.

С.Н. Зоркин продемонстрировал результаты применения уродекса у 414 пациентов в течение 4-х лет. Средняя эффективность, включая повторную коррекцию ПМР, составила 87,4%. Докладчик, рассмотрев показания, противопоказания и критерии эффективности эндокоррекции ПМР, считает, что сохранение рефлюкса 3–4-й степени после двукратной эндокоррекции, активность микробно-воспалительного процесса и отрицательная дина-

мика со стороны показателей структурно-функционального состояния почек являются показаниями для открытой антирефлюксной операции.

Эффективность использования нового полимерного имплантата вантриса, по данным Л.Б. Меновцовой с соавт., также весьма высока и составляет 87,9% при первичной и 89,4% при повторной коррекции ПМР.

В сообщении З.Р. Сабирзяновой была отмечена низкая эффективность эндоскопической коррекции послеоперационного ПМР независимо от вида имплантата. Эндокоррекция у данной категории больных может быть подготовительным этапом (купирование обострений пиелонефрита) к последующей повторной реимплантации мочеточника.

По мнению В.В. Дина и соавт., эндоскопическая коррекция ПМР по сравнению с консервативной тактикой ведения позволяет снизить частоту прогрессирования рефлюкс-нефропатии.

Три сообщения были посвящены лечению нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у больных с ПМР. С.Н. Николаев считает, что эндоскопической коррекции ПМР должно предшествовать адекватное лечение гиперактивного мочевого пузыря. Н.Б. Гусева также отметила, что к моменту проведения эндокоррекции ПМР должна быть восстановлена резервуарная функция, ею была предложена схема поэтапной 12-месячной послеоперационной терапии дисфункций мочевого пузыря.

По данным С.Л. Коварского и соавт., эффективным методом коррекции гиперактивности детрузора, особенно у пациентов с миелодисплазией, является его длительная хемоденервация, достигаемая трансуретральной инъекционной терапией препаратом лантокс (ботулинический токсин типа А). Доложены результаты успешного лечения 33 детей.

В обсуждении активное участие приняли Б.В. Долгов (Саратов), С.Г. Бондаренко (Волгоград), А.Л. Савченков (Смоленск) и др.

В заключение был обсужден единый протокол эндоскопической коррекции рефлюкса, предложенный И.Л. Бабаниным с соавт. Принятый с поправками протокол поможет проводить объективную оценку отдаленных результатов, анализировать неудачи при вмешательствах, выполняемых разными урологами и выработать единую тактику ведения детей с рецидивами ПМР.

## Протокол

## эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса № .....

Ф.И. .... Дата операции .....

№ истории болезни ..... Дата рождения ..... Возраст .....

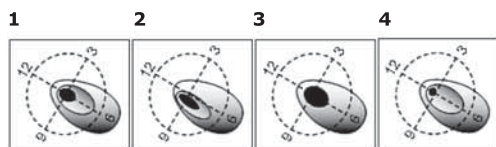
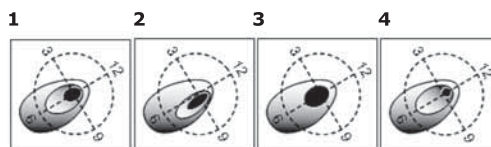
**Диагноз:** Пузырно-мочеточниковый рефлюкс**Почка** справа: норма/ удвоение/ гипоплазия/ истончение паренхимы/ снижение функции  
слева: норма/ удвоение/ гипоплазия/ истончение паренхимы/ снижение функции**Тип,** справа: нет/ активный 1 / 2 / 3 / 4 /.....; пассивный 1 / 2 / 3 / 4 /.....  
**степень** слева: нет/ активный 1 / 2 / 3 / 4 /.....; пассивный 1 / 2 / 3 / 4 /.....**Мочевой пузырь** норма/ гипер/ гипорефлекторный. **Уретра:** не/ расширена до ..... см**Пиелонефрит** нет/ лейкоцитурия/ рецидивирующий/ стойкая ремиссия**Проведенное лечение** .....

Месяц, Год вмешательства; имплантат; Ф.И. оператора

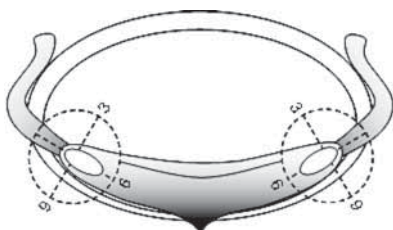
**Показания:** Рецидивирующее течение пиелонефрита/ тяжелая степень рефлюкса/ истончение паренхимы/ снижение функции/ .....**Вмешательство:** первичное/ повторное.**Название:** Эндоколлагенопластика/комбинированная Коллаген + .....

Эндоимплантация ..... слева/ справа/ с двух сторон

Название имплантата

**Уретроцистоскопия:** **Уретра** - свободно проходима для операционного цистоскопа ..... Ch.;**Семенной бугорок** - норма/ гипер/ гипоплазирован; эндоскопических признаков клапанов задней уретры: нет/ есть; хук-проба: + / - /не проведена. **Шейка мочевого пузыря** зияет/ спазмирована. **Среда** - прозрачная/ мутная с примесью мелких/ крупных хлопьев фибрина.**Слизистая мочевого пузыря** - бледно-розовая без воспалительных явлений/ трабекулярна/ инъецирована/ гипермирована/ кистозно изменена в области треугольника/ боковых стенок; кисты единичные/ множественные. **Межмочеточниковая складка** - не/ дифференцируется хорошо/ слабо. **Треугольник Льюто** - выражен хорошо/ гипоплазирован.**Примечание:** .....**Правое устье:** в пределах/ вне треугольника; 1) подковообразной, 2) щелевидной, 3) овальной, 4) точечной формы, дужки устья а/ симметричны/ гипоплазированы**Левое устье:** в пределах/ вне треугольника; 1) подковообразной, 2) щелевидной, 3) овальной, 4) точечной формы, дужки устья а/ симметричны/ гипоплазированы**Ход операции:** Проведена трансуретральная имплантация коллагена+ ..... под **правое устье** в объеме ..... мл на ..... часах условного циферблата. Кровотечения из места инъекции нет.

Объем наполнения мочевого пузыря ..... мл.

**Примечание:** .....имплантация коллагена+ ..... под **левое устье** в объеме ..... мл на ..... часах условного циферблата. Кровотечения из места инъекции нет.

Оператор .....

Ассистент .....

Лечащий врач .....

Анестезиолог .....

Эндосестра: .....

## Авторы

**Контактное лицо:**  
**МЛЫНЧИК**  
Елена Вячеславовна

Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения урологии и нейроурологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России. 127018, г. Москва, ул. Октябрьская, д. 38, корп. 1, кв. 43. E-mail: mlynchik@yandex.ru. Тел.: 8 (499) 256-12-45 (служ.); 8 (903) 570-35-28 (моб.).