

Литература:

1. Баранов, А.А. Детская ревматология: рук. для врачей / А.А.Баранов, Л.К.Баженова. – М.: Медицина, 2002. – 336 с.
2. Алексеева, Е.И. Ювенильный ревматоидный артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения: рук. для врачей, преподавателей / Е.И.Алексеева, П.Ф.Литвицкий; под общ. ред. А.А.Баранова. – М.: ВЕДИ, 2007. – 368 с.
3. Harris, D.E. Rheumatoid arthritis: pathophysiology and implications for therapy / D.E.Harris // N. Engl. J. Med. – 1990. – Vol. 322. – P. 1277–1289.

«ВУЛКАНООБРАЗНОЕ» ВЫПЯЧИВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Наконечный Р.А.

*Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов*

Цель работы – повысить эффективность лечения детей с различными клиническими формами пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) для адекватного развития и функционирования почек путем оптимизации эндовезикальных вмешательств с учетом клинического течения заболевания и диагностических критериев.

Материал и методы исследования. Обследовано 270 детей с различными клиническими формами ПМР II-IV степеней в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Исследование включало оценку функционального состояния гломерулярного аппарата и степени нефросклероза – экскрецию микроальбумина, креатинина, гликозоаминогликанов и трансформирующего фактора роста β -1 с мочой; УЗИ мочевыводящих путей и мочеточниково-пузырных выбросов с использованием доплеровских методик; урорентгенологическое обследование и цистоскопию – состояние слизистой мочевого пузыря в целом и в области устьев мочеточников; расположение, форму, степень гидродилатации и сократительную способность устьев мочеточников; положение, экструзию и миграцию имплантата.

Результаты и их обсуждение. При эндовезикальном лечении ПМР II–IV степеней применяли такие миниинвазивные методики, как STING, HIT, Double HIT, а также при необходимости их комбинации. Вид вмешательства определяли интраоперационно в зависимости от степени ПМР и цистоскопичной картины. Особое внимание уделяли степени гидродилатации устья мочеточника. Обычно при низких степенях ПМР и гидродилатации устья мочеточника достаточно было традиционной методики STING. При более высоких степенях ПМР использовали методики HIT и Double

НПТ. Критерием успешного завершения эндоскопического лечения ПМР считали полное и эффективное замыкания устья мочеточника, которое контролировали с помощью гидророзширения дистального отдела мочеточника. Основная суть эндоскопического лечения ПМР состоит в оптимизации клапанного механизма, который удерживает мочу от заброса в мочеточник. Этому способствует подслизистая инъекция объемного агента под устьем мочеточника или в пределах уретерального тоннеля. Инъекция длится до появления адекватной опуклости [1–5].

Через 6 месяцев после однократного введения имплантата ПМР ликвидировано у 206 пациентов. То есть в целом эффективность эндовезикального лечения ПМР составила 76,3%. В разрезе степеней МСР отмечено четкую тенденцию к снижению эффективности миниинвазивного вмешательства при более тяжелых пороках. Среди 64 (23,7%) пациентов, у которых через полгода после эндовезикального вмешательства по данным ретроградной цистографии диагностировано ПМР I–IV степеней, при повторном введении имплантата отмечено такие цистоскопические находки. В частности, у 17 (26,56%) пациентов не выявлено «вулканообразного» выпячивания, у 12 (18,75%) оно уменьшилось в объеме при адекватном расположении, у 14 (21,88%) зафиксировано смещение имплантата в медиальном направлении и у 21 (32,81%) – в латеральном.

Кроме того, в позднем послеоперационном периоде после однократного введения имплантата у некоторых пациентов отмечено снижение ПМР на I и даже на II степени. Это зафиксировано у 30 (11,11%) пациентов, среди которых 16 (5,93%) детей с односторонним и 14 (5,19%) с двусторонним ПМР. В этой подгруппе «вулканообразное» выпячивание уменьшилось у 11 (36,67%) пациентов, а сместилось медиально у 13 (43,33%) и латерально – у 6 (20%) пациентов.

Одно из преимуществ эндовезикальной коррекции ПМР это беспроблемное и безопасное выполнение повторного оперативного вмешательства при его необходимости. Поэтому последующие операции также улучшали показатели лечения этого порока.

Одним из осложнений после успешной хирургической коррекции ПМР, включая миниинвазивное лечение, рассматривается развитие рефлюкса на контралатеральной стороне. Мы также у 19 (7,04%) пациентов диагностировали ПМР I–II степеней после эндовезикального лечения.

На сегодняшний день нет однозначного похода к консервативному, эндоскопическому или конверсионному хирургическому лечению ПМР у детей. Основное большинство практикующих врачей склоняются к поэтапному комбинированному лечению [1–5]. Мы отстаиваем принцип персонализированного подхода к каждому конкретному пациенту с акцентом на эндоскопической коррекции ПМР в раннем возрасте.

Выводы. В зависимости от степени ПМР и гидродилатации устья мочеточника при эндовезикальной коррекции порока применять суб- или внутриуретеральное введения имплантата.

Эффективность миниинвазивного лечения ПМР II-IV степеней у детей достаточно высока. После однократного введения имплантата она достигает 76,3%.

Отсутствие «вулканообразного» выпячивания после эндовезикального лечения ПМР – это прогностически негативный фактор для повторных вмешательств.

Миниинвазивное лечение ПМР целесообразно использовать у детей раннего возраста. Это дает возможность в грудном возрасте восстановить уродинамику и прервать цепь негативных воздействий порока на развитие почки.

Литература:

1. Лесовой В.Н. Оценка отдаленных результатов эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса / В.Н. Лесовой, И.А. Туренко, А.Н. Дубинина // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2009. – № 3. – С. 128–131.
2. Сеймівський Д.А. Вроджені вади сечоводу у дітей / Д.А. Сеймівський // Природная медицина. – 2011. – № 7. – С. 14–15.
3. Caleb P. Nelson The Outcome of Surgery versus Medical Management in the Treatment of Vesicoureteral Reflux / Caleb P. Nelson // Advances in Urology. – 2008. – Article ID 437560. – P. 5–6.
4. EAU guidelines on vesicoureteral reflux in children / S. Tekgül, H. Riedmiller, P. Hobeke [et al.] // Eur. Urol. – 2012. – Vol. 62, № 1. – P. 534–542.
5. Watters S.T. Endoscopic treatment for vesicoureteral reflux: How important is technique? / S.T. Watters, J. Sung, S.J. Skoog // J. Pediatr. Urol. – 2013. – Vol. 9, № 6, Part B. – P. 1192–1197.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Нестерук Л.Н., Аверин В.И., Гриневич Ю.М.,
Подгайский В.Н., Рылюк А.Ф.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск ГУ «РНПЦ детской хирургии», Минск*

Введение. У детей наиболее часто пластика пищевода требуется при врожденном пороке развития – атрезии пищевода (у 20–35% детей наложить прямой пищеводный анастомоз невозможно) и рубцовом послеожоговом стенозе пищевода (у 30% пациентов современные методы консервативного лечения неэффективны или невозможны). Тем не менее, несмотря на достигнутые успехи в создании искусственного пищевода до настоящей