

©В.Є. Бліхар, І.О. Крицький, П.В. Гощинський

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського"

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ Дана робота присвячена ранньому аналізу проведення ендоскопічної корекції міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей. Показано можливості та переваги ендоскопічної корекції даної патології у дітей, а саме високу ефективність та мінімальні терміни стаціонарного лікування.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ. Данная работа посвящена раннему анализу проведения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Показаны возможности и преимущества эндоскопической коррекции данной патологии у детей, а именно высокую эффективность и минимальные сроки стационарного лечения.

USE OF MODERN ENDOSCOPIC METHOD OF TREATMENT VESICO-URETERIC REFLUX IN CHILDREN. This work is devoted to the analysis of early endoscopic correction of vesico-ureteral reflux in children. The possibilities and advantages of the endoscopic correction of this disease in children, such as high efficiency and minimum time of hospitalization.

Ключові слова: міхурово-сечовідний рефлюкс, діти, цистоскопія.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дети, цистоскопия.

Key words: vesicoureteral reflux, child, cystoscopy.

ВСТУП. Міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) займає провідне місце в структурі дитячої урологічної патології [14]. За даними вітчизняних та зарубіжних авторів патологія спостерігається від 0,1% до 1,0% в загальній дитячій популяції [6, 11]. За даними нашої клініки МСР складає 10% від усіх захворювань сечової системи у дітей, що перебувають в стаціонарі. Серед дітей, що лікуються з приводу інфекцій сечової системи МСР діагностують у 16% - 77% випадків [8, 14]. Наявність МСР сприяє поширенню інфекції з сечового міхура у верхні сечові шляхи. Несвоєчасна діагностика і патогенетичне лікування цієї патології призводять до виникнення пієлонефриту та його грізних ускладнень - вторинно-зморщеної нирки, нефрогенної гіпертензії та ниркової недостатності. [12, 13] Враховуючи значну роль нейрогенної дисфункції сечового міхура (НДСМ) у виникненні МСР, особливу групу складають пацієнти з порушенням уродинаміки. У хворих з МСР в 55%-75% випадків виявляється НДСМ по гіперрефлекторному типу, що призводить до вторинного порушення в антирефлюксному механізмі уретеро-везикального спів'язу (УВС) [1, 2, 3, 10, 14].

З методів лікування МСР найбільш поширеним є консервативний та хірургічний. Кожен з них має свої показання до використання. Існуюче комплексне консервативне лікування розраховане на термін 6-12 і більше місяців. Ефективність його складає 54-76%. Залежно від ступеню МСР, наявності супутніх ускладнень, лікар визначає індивідуальну програму лікування. Як правило, проводиться комплексне лікування направлене на усунення запального процесу, що включає антибактеріальну терапію, вітамінотерапію, антигістамінну і антиоксидантну терапію, фізіотерапевтичне лікування. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводяться антирефлюксні операції. Альтернативою відкритим хірургічним операціям є

ендоскопічний малоінвазивний спосіб корекції МСР, простий для виконання, малотравматичний для дитини, досить високий по ефективності. В 80% випадків батьками вибирається саме цей спосіб лікування МСР. Ендоскопічний спосіб корекції МСР став можливим завдяки появі ін'єкційних внутрішньотканинних гіпоалергенних імплантів. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14].

Мета дослідження. Дослідити переваги та доцільність використання сучасних малоінвазивних методів лікування міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей. Показати можливості та переваги ендоскопічної корекції даної патології у дітей, а саме високу ефективність та мінімальні терміни стаціонарного лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Метод ендоскопічного лікування, направлений на подовження інтрамурального відділу сечоводу і зменшення діаметру вічка, виконується по наступній методиці. Виконується цистоскопія, в ході якої визначається клініко-анатомічна картина сечового міхура: стан сечо-міхурового трикутника, форма і розташування вічок сечоводу, наявність парауретральних дивертикулів і уретероцеле, запальних змін. Через робочий канал тубуса цистоскопа проводиться довгий ін'єктор (діаметр 5Ch), приєднаний до шприца з колагеном. Колаген представлений субстанцією у вигляді гелю. Стандартний об'єм колагену в шприці — 2 мл. Вкол голки ін'єктора (довжина 6 мм) здійснюється під вічко сечоводу — на 5,6 або 7 г умовного циферблату, на всю глибину. Для профілактики ускладнень перед колагенопластикою можлива катеризація вічка сечовідним катетером 5Ch. При тиску на поршень шприца з колагеном в зоні вколу голки поступово утворюється валик. Залежно від міри зіткнення вічка і довжини підслизового відділу сечоводу, вводиться від 1 до 2 мл субстанції. При цьому вічко сечоводу набуває точкової або щілиновидної форми, після чого інструмент видаляється. Сечовий міхур на добу

дренується двоохпросвітним уретральним катетером Фолея 8–14Ch, балон якого наповнюється на 5 мл.

Клінічний матеріал роботи складав 14 хворих із МСР у віці від 2,5 до 15 років. Для ендоскопічного лікування МСР використовували катетеризаційний цистоскоп фірми Wolf та інструментальний набір для внутрішньоорганних рідинних ін'єкцій -парауретерального введення нейтральних препаратів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Серед оперованих дітей односторонню ваду мало 11 хворих, а двобічну 3. МСР справа виявлено в 4 випадках і лівобічний в 10. Рефлюкс I ступеня визначався в 2 випадках, II в 4, III в 6 і IV в 2. В оперованих хворих діагностовано хронічний пієлонефрит у 6 дітей, нейрогенну дисфункцію сечового міхура в 4, хронічний цистит у 2 і подвоєння сечоводів у 2. Проведено аналіз ефективності ендоскопічного лікування МСР через 3-12 місяців після однократної корекції вади. Негативним вважався результат, коли після одноразового введення "Нубіпланту" зберігався МСР, незважаючи на те, що його ступінь зменшувався на порядок чи декілька. При МСР I ступеня позитивний результат отримано в усіх 2 (100%) випадках, II ступеня – в 3 (89,8%) з 4, III ступеня – в 4 (65,7%) із 6 та IV ступеня – в 1 (50%) із 2. Полімер вводили в об'ємі 1,5–2,0 мл, на відстані 4–5 мм нижче вічка сечоводу, в безсудинній зоні, на 5, 6 або 7 годині по циферблату годинника, до його повного зімкнення. При цьому верхня стінка підслизового горбка, що утворився, який послужив жорсткою опорою для сечоводу, щільно прилягаючи до нижньої стінки, забезпечує клапанну антирефлюксну функцію міхурово уретрального сегменту. Дренування сечового міхура здійснювали уретральним катетером Foley протягом 24 годин. На 1 у–

2 у добу після маніпуляції проводилось контрольне УЗД нирок і сечового міхура. Виписку хворих здійснювали на 2 у–3 у добу. Контрольну цистографію виконували через 6 місяців.

ВИСНОВКИ

1. Вчасне, раннє лікування міхурово-сечовідного рефлюксу в дітей запобігає грізним ускладненням – рецидиву інфекції та дилатацію верхніх відділів сечових шляхів.

2. Використання відеоконтролю при ендоскопічній корекції МСР у дітей дало нам змогу оцінити переваги даної методики лікування у дітей.

3. Ендоурологічні методи є операціями вибору при лікуванні уроджених клапанів задньої уретри в дітей. Вони дозволяють успішно ліквідувати не тільки обструкцію, але і її ускладнення, зокрема міхурово-мисковий рефлюкс.

4. Високотехнологічність та малотравматичність мініінвазивних ендоурологічних втручань та виражена ефективність їх, яка забезпечує мінімальні терміни стаціонарного лікування дітей будь-якої вікової категорії та дозволяє рекомендувати розширяти покази до проведення операції STING у дітей.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Подальше вивчення та вдосконалення новітніх технологій в лікуванні дітей з міхурово-сечовідним рефлюксом, а саме в даному випадку, використання ендоскопічної корекції міхурово-сечовідного рефлюксу із візуальним контролем за методикою STING дасть змогу мінімально травматично та максимально швидко та надійно виконати корекцію складної патології яка швидко призводить до загибелі нирки через розвиток рефлюкс-нефропатії.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Запорожченко А.Г. Оптимізація діагностики та ендоскопічне лікування міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей. - Автореф. дис. канд. мед. наук / Ін-т невідклад. і віднов. хірургії ім. В.К. Гусака АМН України. - Донецьк, 2004. - 17 с. - укр.
2. Запорожченко А.Г., Барухович В.Я., Дмитряков В.О., Лятуринська О.В. Ендоскопічне лікування міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей // Праці VI конференції дитячих урологів України. - Житомир. - 2001. - С. 13-14.
3. Заугаров М. Ю.. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей: диссертация ... кандидата медицинских наук. - Уфа, 2008. - 94 с.: 43 ил.
4. Калішук О.А. Ендоскопічне лікування міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей з нейрогенними дисфункціями сечового міхура // Автореферат дисертації ... кандидата медичних наук. Київ. - 2006.
5. Киреева Н. Б., Хафизова Л. А., Паршиков В. В., Заугаров М. Ю., Алейник Д. Я. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием ауто- или аллофибробластов // Нижегородский медицинский журнал. - 2003. - №3-4. С. 8-12.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 №624 "Про затвердження Протоколів лікування дітей зі спеціальності "Дитяча урологія".
7. Павлов А.Ю., Маслов С.А., Поляков Н.В., Лисенко А.А., Симонян Г.В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей:

лечебная тактика // Лечащий врач. - 2006. - №7. - С. 16-19.

8. Пекарева Н.А. и др. Особенности течения и диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Педиатрия. - 2008. - №3.

9. Сеймівський Д.А., Калішук О.А. Порівняльний аналіз результатів ендовезікального лікування міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей різними пластичними матеріалами: колаген, аутокров, "Інтерфал" // Праці VII конференції дитячих урологів України. - Чернівці. - 2003. - С. 37-38.

10. Соловьев А.Е., Дмиряков В.А., Барухович В.Я., Спихи О.В., Запорожченко А.Г.

Диагностика и результаты эндоскопического лечения ПМР у детей // Праці VII конференції дитячих урологів України. - Чернівці. - 2003. - С. 39-40.

11. Стаховський Е.О. та ін. Протокол надання медичної допомоги на уропатію; яка зумовлена міхурово-сечовідним рефлюксом (Додаток до наказу МОЗ №604 від 06-12-2004).

12. Фомин Д.К., Яцык С.П., Лепашева Т.В., Агапов Е. Г., Борисова О.А., Назаров А.А. Радионуклидная методика оценки количественных характеристик пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

13. Шарифуллин В.А., Муфазалов Ф.Ф. Модифицированная цистография: новый способ рентгенодиагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса // Современные проблемы науки и образования. - 2009. - №4. - С. 142-145.

14. Cascio S, Puri P *Pediatr Nephrol* 17: 503-505, 2002.

Отримано 18.02.13