

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А.,
Захаров А.И., Николаев С.Н., Текотов А.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Введение. Внедрение эндоскопической коррекции ПМР в лечебный протокол позволило не только добиться хороших клинических результатов, но и поставило перед врачами ряд задач, касающихся выбора способа коррекции и вида уроимпланта, количества повторных инъекций, длительности послеоперационного наблюдения и характера реабилитационных мероприятий.

Цель. Улучшение результатов эндоскопической коррекции ПМР у детей путем анализа возникающих осложнений и усовершенствования способов их предупреждения.

Материалы и методы. За период времени с мая 2014 г. по май 2021 г. в отделении урологии и амбулаторном Центре урологии и репродуктивного здоровья ДГКБ им. Н.Ф. Филатова выполнено 1025 эндоскопических коррекций ПМР у детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. Двусторонний ПМР выявлен у 841 (82%), односторонний — у 184 (18%). Причиной обследования стали инфекционные осложнения (33% случаев), уменьшение размеров почек при плановом УЗИ (21% случаев), у остальных — при обследовании по поводу нейрогенных дисфункций мочевого пузыря при выявлении дилатации верхних мочевых путей.

Результаты. Как показал анализ осложнений, наиболее часто (35,6%) встречаются инфекционные осложнения (в 89% случаев нефебрильные), что позволило включить в послеоперационный протокол назначение уросептиков (фосфомицина трометамол или нитрофураны) короткими курсами, при фебрильных осложнениях — обязательное дренирование нижних мочевых путей и назначение антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры (клавуланат — защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения, аминогликозиды).

Заключение. При выполнении эндоскопической коррекции ПМР с целью уменьшения числа осложнений необходимо четко соблюдать не только диагностический протокол (обязательно купировать инфекционные осложнения, провести коррекцию нейрогенной дисфункции, исключить/устранить инфравезикальную обструкцию и рефлюкс-нефропатию), но и дифференцированно подходить к выбору объемобразующего препарата, обязательно визуализируя его расположение в послеоперационном периоде, а также оценить состояние верхних мочевых путей с целью своевременного купирования возможных осложнений, начиная с малоинвазивных технологий.