

## ДОКЛАД: «ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА»

Меновщикова Л. Б., Левитская М. В., Николаев С. Н., Складорова Т. А., Бетанов З. В., Соттаева З. З.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва;  
Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Мегауретер (МУ) – врожденная аномалия мочевых путей, характеризующаяся увеличением диаметра, расширением просвета и удлинением мочеточника. С внедрением в медицинскую практику обязательного пренатального УЗИ плода выявляемость МУ повсеместно возросла, а необходимость разработки протокола ведения пациентов начиная с периода новорожденности стала объективной реальностью. В половине случаев неретрофлюксирующий мегауретер (НРМУ) может регрессировать самостоятельно.

Объектом нашего исследования стали 224 младенца с первичным МУ, у которых обструктивная уропатия была заподозрена еще антенатально: в 47 случаях как МУ, у 641 плода отмечалась стойкая пиелозктазия. Однако постнатально полного совпадения диагнозов не было, особенно в группе плодов с пиелозктазией. У 50 детей МУ выявлен после обследования по поводу инфекционных осложнений.

В постнатальный диагностический протокол включены как клиничко-лабораторные методы, так и методы инструментальных исследований: УЗИ с оценкой внутривисочечного кровотока, сохранность которого расценивается нами как сохранность почечной функции, в сопоставлении с резервуарной и эвакуаторной функцией мочевого пузыря, рентгенологические методы (в первую очередь микционная цистоуретрография для исключения рефлюксирующего МУ; в нашем случае 54 ребенка были исключены из исследования), статическая нефросцинтиграфия у детей после 2 мес жизни, а также важно было определить исходный уровень мочевого TGF-β-фактора.

Таким образом, в группу больных с первичным НРМУ вошли 170 больных (средний возраст – 65±20 дней).

В ходе обследования и динамического наблюдения у 46 детей была выявлена пузырьно-зависимая форма МУ, эти дети направлены на консервативное

лечение. У 15 детей диагностирована органическая обструкция: резкое сужение устья, наличие уретероцеле, впадение мочеточника в дивертикул мочевого пузыря. В последующем этим больным было выполнено оперативное вмешательство.

И наконец основную группу составили 86 пациентов, стартовыми методами лечения у которых являлись эндоскопическое бужирование и стентирование устья мочеточника. Эти методы в последние годы являются альтернативой длительной АБ-терапии и оперативным вмешательствам. Преимущество данной методики наряду с восстановлением уродинамики – возможность не исключать мочевой пузырь из акта мочеиспускания, что очень важно в период его становления. Показанием к стентированию были рецидивирующие инфекционные осложнения, нарастающее расширение мочеточника в течение первых месяцев жизни, ослабление внутривисочечного кровотока при ЦДК, мозаичность показателей IR, снижение почечной функции по данным DMSA. Важным фактором мы считаем определение показателей исходного мочевого TGF-β как показателя не только наличия обструктивного компонента, но и степени тяжести диспластических изменений в почке.

Эндоскопическое стентирование выполнялось под АМН и начиналось с проведения диагностической цистоскопии, позволяющей оценить состояние устьев мочеточников. После этого проводилось бужирование устья с использованием мочеточникового катетера № 3–4–5. Устье мочеточника стентировали с помощью системы низкого J-стента из полиуретана и нитью на металлическом проводнике, посредством которой впоследствии можно удалить стент без анестезиологического пособия.

У маловесных детей, а также при выраженном сужении в связи с технической невозможностью установки стента проводилось отсроченное стентирование после предварительной продленной катетеризации устья с помощью мочеточниковых

катетеров №4–5, которые меняли с повышением их размера с интервалом 5–7 дней. Длительность стентирования составила  $8 \pm 2$  нед. Расположение стента контролировалось по данным обзорной рентгенограммы, а также УЗИ.

*Критерии эффективности:* купирование инфекционных осложнений, сокращение размеров собирательной системы почки и мочеточников по данным УЗИ или экскреторной урографии, улучшение внутривисцерального кровотока, уменьшение разброса показателей IR.

Положительный результат отмечен в 80% случаев – у 68 детей, 6 больных в связи с отрицательной динамикой были направлены на оперативное лечение, 12 пациентов переданы под динамическое наблюдение. При анализе результатов мы обнаружили, что исходный уровень TGF- $\beta$  в группе детей с положительным результатом колебался от 44 до 72 – эти показатели соответствовали умеренным морфологическим изменениям в почечной

паренхиме – экспрессия TGF- $\beta$  в основном канальцевыми структурами почки. У детей, в дальнейшем направленных на хирургическую коррекцию, отмечался высокий уровень TGF- $\beta$  – экспрессия не только в канальцевых структурах, но и непосредственно в нефронах, что соответствовало более выраженным диспластическим изменениям в почке, а косвенно и в мочеточнике, поэтому эти показатели могут служить предикторами возможного неблагоприятного результата.

Таким образом, внутреннее стентирование мочеточника у детей раннего возраста с НРМУ – это эффективный малоинвазивный метод лечения, который позволяет улучшить уродинамику верхних мочевых путей, купировать инфекционные осложнения и создать наиболее благоприятные условия для формирования нормальной почечной функции. Исходный уровень мочевого TGF- $\beta$  может рассматриваться как прогностический критерий при выборе метода лечения.