

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕФЛЮКС-СТЕНОЗОМ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

*Левитская М.В., Шумихин В.С., Гуревич А.И., Ерохина Н.О.*

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
Москва

**Цель.** Оценить результаты внедрения протокола лечения рефлюкс-стеноза уретерovesикального сегмента у детей первого года жизни с применением малоинвазивных технологий.

**Материалы и методы.** С 2016 по 2019 гг. в отделении хирургии новорожденных и недоношенных детей на 40 коек ДГКБ им Н.Ф. Филатова, было пролечено 40 детей с рефлюкс-стенозом уретерovesикального сегмента. Девочек 14 (35 %), мальчиков 26 (65 %), по стороне: справа 6 (15,3 %), слева 20 (51,2 %), двустороний 13 (33,5 %). У 4 (10,2 %) детей рефлюкс-стеноз уретерovesикального сегмента единственной почки. Возраст детей при поступлении составил от 16 до 135 дней, в среднем 63 дня. Протокол обследования включал комплексную оценку анатомического состояния верхних и нижних мочевых путей, с целью исключения пузырно-зависимых форм мегауретера и включал: УЗИ почек в В-режиме без уретрального катетера и на уретральном катетере, исследование в энергетическом режиме с определением индекса резистентности, микционную цистоуретрографию, компьютерную томографию с контрастным усилением и отсроченными снимками 120 минут на уретральном катетере, статическую нефросцинтиграфию с  $^{99m}\text{Tc-DMSA}$  у детей старше 1 мес. При проведении МЦУГ у всех детей определялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс III — V степени, «симптом клюва», отсутствие сокращения мочеточника на уретральном катетере по данным УЗИ и отсутствие тонуса верхних мочевых путей по данным КТ с контрастным усилением. Нефросцинтиграфия выявила снижение функции почки на 25–40 %. При проведении диагностической цистоуретроскопии: устье мочеточника точечное, с трудом пропускает интубатор, не перистальтирует, интрамуральный отдел укорочен. 1 этап — бужирование и стентирование устья мочеточника низким мочеточниковым стентом. Длительность стентирования 1 мес. После удаления стента проводилась оценка функции мочевого пузыря, с помощью сбора ритма спонтанных мочеиспусканий, энерготропная, нефропротективная терапия и терапия направленная на лечение НДМП. При сохранении рефлюкса (контрольная ретроградная цистоуретрография через 4–5 месяцев) 2-этапом: введение объемобразующего вещества по технологии STING. При неэффективности проводимых мероприятий проводилось радикальное оперативное лечение: при сохранной функции — неоимплантация мочеточника, при утрате — лапароскопическая нефруретерэктомия.

**Результаты.** Уреэстроцистонеоимплантация потребовалось у 13 детей (32,5 %), нефруретерэктомия, после предварительного отведения мочи у 2 детей (5 %), введение объемобразующего вещества у 7 детей (17,5 %), у 18 детей (45 %) только стентирование уретерovesикального сегмента.

**Заключение.** Рефлюкс-стеноз — сложный, комбинированный порок развития, обследование в предоперационном периоде в обязательном порядке должно включать комплексную оценку анатомии верхних мочевых путей и функции нижних мочевых путей. В 45 % достаточно проведение малоинвазивной и высокотехнологичной операции — бужирование и стентирование устья мочеточника, в 55 % случаев необходимо этапное лечение, коррекция рефлюкса или радикальное оперативное лечение.