

С.В.Нікітаєв

КЛІНІКО–ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ ПРИ НЕЙРОГЕННИХ ДИСФУНКЦІЯХ СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІТЕЙ

Кафедра анестезіології, реанімагології та урології (зав. – проф. В.М.Коновчук)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Дослідження проведено на 279 хворих з міхурово-сечовідним рефлюксом (МСР), котрий виник на тлі нейрогенного сечового міхура. У кожного пацієнта були відсутні ознаки інфравезикальної обструкції та інших анатомічних аномалій сечостатевої системи або захворювань центральної нервової системи. Показано, що більшість клінічних та лабораторних проявів МСР не корелює зі ступенем вираженості МСР. Встановлена чітка кореляція ступеня МСР з віком та лейкоцитурією. Це дозволяє зрозуміти, що МСР є тільки однією з ланок складного патологічного процесу, що розвивається в сечових шляхах і стан хворих необхідно оцінювати з урахуванням не тільки ступеня МСР, а й інших його проявів.

Ключові слова: міхурово-сечовідний рефлюкс, нейрогенні дисфункції сечового міхура, діти.

Вступ. Урологи приділяють велику увагу міхурово-сечовідному рефлюксу, тому що він є частою причиною розвитку тяжких захворювань верхніх сечових шляхів (хронічний пієлонефрит, гідронефроз, хронічна ниркова недостатність) [5].

Міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) – патологічний стан міхурово-сечовідного сегмента, зумовлений порушенням замикального механізму цього відділу сечових шляхів, внаслідок чого певна кількість сечі, що транспортується по сечоводу в сечовий міхур, під впливом внутрішньоміхурового тиску постійно або періодично повертається у верхні сечові шляхи [1].

У дітей головною причиною виникнення МСР є різні ступені вроджених аномалій нижнього відділу сечовода, найчастіше – це гіпоплазія м'язів і заміна їх колагеновими волокнами. Ступінь прояву вади може бути різним – від недорозвитання окремих шарів м'язів стінки сечовода до їх тотального заміщення сполучною тканиною [3].

Іншими причинами, що сприяють виникненню і прогресуванню МСР, є нейрогенні дисфункції сечового міхура (НДСМ) і цистит.

Мета дослідження. Встановити особливості клініки та вторинних змін сечових шляхів залежно від ступеня МСР при НДСМ.

Матеріал і методи. Дослідження проводилося на підставі аналізу історії хвороб та амбулаторних карток хворих, які обстежувались та лікувалися в лабораторії нейроурології Інституту урології АМН України (м.Київ) за період з 1993 по 2001 рр. У дослідження було включено 279 хворих із міхурово-сечовідним рефлюксом, що виник на тлі нейрогенного сечового міхура. У жодного пацієнта не було ознак інфравезикальної обструкції, інших анатомічних аномалій сечостатевої системи або захворювань центральної нервової системи.

Аналізувались результати клініко-лабораторних, рентгенологічних обстежень (мікційна цистографія, екскреторна урографія), функціональних уродинамічних досліджень.

Математична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми STATISTICA 6,0 (Stat Soft) на персональному комп'ютері „PENTIUM”. Також враховували параметричну кореляцію за критерієм Пірсона, непараметричну - за критерієм Спірмена.

Результати дослідження та їх обговорення. Вік абсолютної більшості хворих не перевищував 20 років (96%). Тільки 4% хворих були віком від 20 до 40 років (рис. 1).

Із 279 хворих осіб чоловічої статі було 32 (11,5%), а жіночої – 247 (88,5%). Серед них із МСР I ступеня було 93 особи (33,3%), МСР II ступеня – 12 (4,3%), МСР III- IV ступеня – 174 (62,4%). Скарги на дизуричні розлади (імперативні поклики, імперативне нетримання сечі, біль під час сечовипускання, енурез, ніктурію) відмічено у 183 хворих (65,6%). Загострення хронічного пієлонефриту за останній рік було у 186 хворих (66,7%). При лабораторному дослідженні зміни у загальному аналізі сечі (лейкоцитурія) виявлено у 185 хворих (66,3%). Уретерогідронефроз діагностовано у 60 хворих (21,5%). Порушення функції нирок виявлено у 11 хворих (3,9%).

Хворих дівчат із МСР I ступеня було 80, хлопців – 13, середній вік їх складав

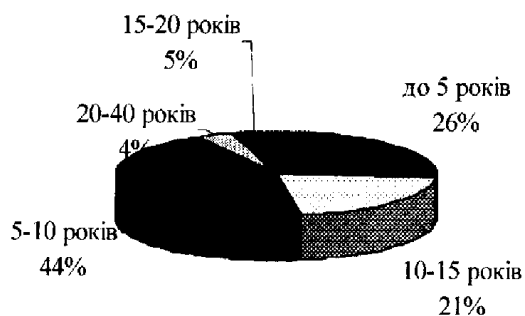


Рис.1. Розподіл хворих за віковими групами. Дані, отримані при аналізі цих груп хворих на МСР I – II ступенів, подані у таблиці 1.

10,0 року. Двобічний МСР діагностовано у 23 (24,7%) хворих, правобічний – у 34 (36,6%) хворих, лівобічний – у 36 (38,7%) хворих.

У хворих на МСР II ступеня середній вік становив 8,7 року. Дівчат було 9, хлопців - 3. Двобічний МСР діагностовано у 3 (25%) випадках, правобічний – у 4 (33,3%), лівобічний – у 5 (41,7%) хворих.

Середній вік хворих на МСР I – II ступенів становив 9,8 року. Додаткові дані, отримані при аналізі цих груп хворих на МСР I – II ступенів, подані у таблиці 1.

Таблиця 1

Дані дослідження хворих на МСР I – II ступенів

	Число хворих (%)	Хлопці Число хворих (%)	Дівчата Число хворих (%)
Всього хворих	105 (37,63)	16 (15,23)	89 (84,76)
Дизуричні розлади	69 (65,71)	12 (11,42)	57 (54,28)
Загострення хронічного пієлонефриту	65 (61,90)	9 (8,57)	56 (53,33)
Лейкоцитурія	59 (56,19)	7 (6,66)	52 (49,52)
Погіршення функції нирки або нирок	3 (2,85)	1 (0,95)	2 (1,90)
Уретерогідронефроз	21 (20,00)	3 (2,85)	18 (17,14)

У хворих на МСР III- IV ступенів середній вік становив 8,26 року. Хлопців було 16, а дівчат – 158. Двобічний МСР діагностовано у 92 випадках, правобічний – у 27 хворих, лівобічний – у 55 хворих. Додаткові дані отримані при аналізі цієї групи, подані в таблиці 2.

Таблиця 2

Дані дослідження хворих на МСР III- IV ступенів

	МСР- III- IV ст. Число хворих (%)	Хлопці. Число хворих (%)	Дівчата. Число хворих (%)
Всього хворих	174 (62,36)	16 (9,20)	158 (90,80)
Дизуричні розлади	114 (65,51)	7 (4,02)	107 (61,49)
Загострення хронічного пієлонефриту	121 (69,54)	7 (4,02)	107 (61,49)
Лейкоцитурія	127 (72,98)	8 (4,59)	118 (67,81)
Погіршення функції нирки або нирок	8 (4,59)	3 (1,72)	2 (2,87)
Уретерогідронефроз	39 (22,41)	10 (5,74)	29 (16,66)

Наші дані підтверджують гіпотезу, що з віком у хворих на МСР, що виник на тлі НДСМ, ступінь його зменшується або він зовсім зникає. Це доведено зворотним кореляційним зв'язком ($p < 0,05$). На нашу думку, це пов'язано з дозріванням нервово-м'язового апарату сечового міхура та вічка сечовода.

Цікавим є той факт, що з віком у хворих на МСР частота загострень хронічного пієлонефриту зменшується. Тобто, чим менший вік, тим частіше виникають загострення хронічного пієлонефриту. Можливо, це пов'язано з більш вираженим порушенням уродинаміки та недосконалістю міхурово-сечовідного сегмента в дітей. Цей факт підтверджує наявність залежності між зростанням віку та зникненням змін у сечі (лейкоцитурії).

Встановлено, що зміни функції однієї або обох нирок не залежать від ступеня МСР. Тобто, не обов'язково повинен бути тяжкий ступінь МСР, щоб виникли порушення функції нирок. Це свідчить про те, що в цей процес втягуються більш складні механізми порушення уродинаміки як верхніх, так і нижніх сечових шляхів.

Для визначення статистичної залежності між ступенем МСР та означеними параметрами нами у подальшому було проведено кореляційний аналіз, який показав присутність вірогідного позитивного зв'язку між виникненням лейкоцитурії у хво-

рих на МСР та його ступенем ($p < 0,05$). Тобто, вираженість лейкоцитурії напряму пов'язана з тяжкістю ступеня МСР.

Висновки.

1. Проведене нами дослідження показало, що більшість клінічних та лабораторних проявів МСР не корелює зі ступенем вираженості МСР.

2. Встановлена наявність чіткої позитивної кореляції ступеня МСР з віком та вираженістю лейкоцитурії.

3. МСР є лише однією з ланок складного патологічного процесу, що розвивається в сечових шляхах, при НДСМ і стан хворих необхідно оцінювати з урахуванням не тільки ступеня МСР, а й інших його проявів.

Література. 1. *Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Є.* Вроджені вали сечових шляхів у дітей. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 218 с. 2. *Джавад-Заде М.Д., Абдуллаєв К.И., Акперов Т.Р. и др.* Патогенез и лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса при незаторможенном мочевом пузыре у детей // Урол. и нефрол. – 1998. – № 6. – С. 3-8. 3. *Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г.* Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. М.: Медицина, 1990. – 203 с. 4. *Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.В.* Патогенетические основы выбора лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Урология. – 2002. – № 1. – С. 47-50. 5. *Dewan P.A.* Vesicoureteric Reflux: The Evolution of the Understanding of the Anatomy and the Development of Radiology // European Urology. – 1999. – V. 36 (6). – P. 559-565.

CLINICO-LABORATORY MANIFESTATIONS OF VESICoureTERAL REFLUX MANIFESTATIONS IN NEUROGENIC DYSFUNCTIONS OF THE CHILDEN'S URINARY BLADDER

S.V.Nikitaiev

Abstract. The study was carried out on 279 patients with vesicoureteral reflux (VUR) that arose against a background of neurogenic dysfunctions of the urinary bladder. The signs of infra-vesical obstruction and other anatomical anomalies of the urogenital system or diseases of the central nervous system were absent in each patient. It has been demonstrated that the majority of clinical and laboratory VUR manifestations do not correlate with the degree of VUR frankness. A well-marked correlation of the VUR degree with the age and leukocyturia intensity has been established. This makes it possible to realize that VUR is one of the components of a complex pathological process that develops in the urinary tracts and a patient's condition should be evaluated with due regard for not only the VUR degree, but its other manifestations as well.

Key words: vesicoureteral reflux, neurogenic dysfunctions of the bladder, children.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 28.06.2002 року