

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – частая патология нижних мочевых путей у детей с возможными осложнениями – хроническим пиелонефритом, нефросклерозом. Консервативное лечение ПМР не всегда эффективно, оперативное – достаточно результативно, но травматично и имеет недостатки. Сведения об эндоскопической коррекции ПМР противоречивы. В статье приводятся сведения об исходах эндоскопического лечения ПМР у 14 больных. Представленные данные позволяют считать малоинвазивный эндоскопический метод высоко результативным, позволяющим снизить частоту обострений пиелонефрита, предупредить прогрессирование нефросклероза.

Ключевые слова: *пузырно-мочеточниковый рефлюкс, эндоскопическое лечение, исходы.*

The bladder-ureter reflux (BUR) is the frequent pathology of the lower urinary tract in children leading to the chronic pyelonephritis, nephrosclerosis. Conservative methods of treatment are not always effective; the operative methods of treatment are rather effective but they have many drawbacks. The data about endoscopic correction of BUR are contradictory. The article includes the data about outcomes of endoscopic treatment with fourteen patients. The given data prove this little-traumatic method to be highly effective, because it decreases the frequency of pyelonephritis acute attacks and prevents from nephrosclerosis developing.

Key words: *the bladder-ureter reflux, endoscopic treatment, outcome.*

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), противоестественный заброс из мочевого пузыря в мочеточник за счет нарушения клапанного механизма пузырно-мочеточникового соустья, – одно из распространенных заболеваний нижних мочевых путей у детей [1, 2, 3]. Именно ПМР, особенно у маленьких детей, является частой причиной хронического рецидивирующего пиелонефрита. Еще одно его грозное осложнение – фокальный нефросклероз с исходом в ХПН [1, 2, 3]. Так, в Европе ежегодно приблизительно у одного ребенка и восьми взрослых на миллион населения развивается терминальная ХПН в результате рефлюкс-нефропатии [4].

К настоящему времени наиболее распространены два направления в лечении ПМР у детей. Первое – консервативное, а при его неэффективности в течение 6-12 мес. – оперативное. В большинстве урологических стационаров России практикуется хирургическое лечение ПМР. По литературным данным, в 75-95 % случаев можно устранить ПМР оперативно [2], но этот метод лечения имеет и существенные недостатки: высокую травматичность, необходимость в

длительном наркозе и дренировании мочевых путей в послеоперационном периоде, длительный период реабилитации, возможность послеоперационных осложнений, таких как кровотечение, рубцовое сужение дистального отдела мочеточника или рецидив рефлюкса.

В последние годы появилась альтернатива хирургическому методу лечения ПМР – эндоскопическое восстановление клапанной функции соустья введением тефлоновой пасты, компонентов крови, биологического клея, коллагена под мочепузырный отдел мочеточника. Результаты этого метода лечения, по литературным данным, противоречивы [4, 5, 6].

Имея некоторый клинический опыт, мы поставили задачу ретроспективно оценить эффективность и исходы эндоскопического лечения ПМР.

Под нашим наблюдением находились 14 девочек в возрасте от 1 г. 2 мес. до 6 лет с ПМР 3-4 степени, причем только в трех случаях процесс был односторонним. У трех детей расширение чашечно-лоханочной системы выявлено внутритрубно, в дальнейшем (как и у остальных детей) диагноз был подтвержден данными цистоскопии.

Аntenатальный период всех наблюдаемых больных был отягощен токсикозом, угрозой прерывания в ранние сроки беременности. Наследственность у половины детей была отягощена в плане наличия патологии почек, чаще по линии матери (пиелонефрит, удвоение почек, нефроптоз), однако ПМР в наблюдаемых семьях (у родителей и сибсов) отсутствовал. 12 детей из 14 родились с нормальными параметрами физического развития, один ребенок — с пренатальной гипотрофией 1 степени, один — с гипостатурой. В дальнейшем в физическом развитии дети не отставали, но часть из них часто болели ОРВИ.

У 12 больных клиника пиелонефрита (эпизоды лихорадки с абдоминальным синдромом, дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия) появилась на первом году жизни, только у двух детей пиелонефрит дебютировал в возрасте 3-4-х лет. К особенностям пиелонефрита относились длительная лихорадка, выраженная лейкоцитурия, поливалентная бактериурия с высевом *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *Proteus rettgeri*, *Enterobacter* в высоком титре от 100 тыс. до 5 млн. в мл, резистентная к препаратам пенициллинового ряда, цефалоспорином 2-3-го поколений, высокая частота обострений.

Ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов брюшной полости, динамическая сцинтиграфия почек документировали наличие проявлений нефросклероза (обеднение сосудистого рисунка, преимущественно дуговых, корковых ветвей, и снижение интенсивности секретиции, соответственно) у 11 детей с обеих сторон и у одного больного с односторонним ПМР. Парциальные нарушения функции почек (снижение концентрационной способности почек в виде снижения удельного веса в пределах 1006-1014, осмолярности мочи до 456-382 мосмоль/л) отмечались у 8 детей, двое имели снижение клубочковой фильтрации (67-72 мл/мин), но показатели гомеостаза у всех наблюдаемых больных оставались на нормальном уровне.

У половины больных документировано наличие буллезного цистита. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (в два раза чаще гипорефлекторная форма) выявлена у 30 % больных, трое детей страдали хроническими запорами.

Все наблюдаемые дети получали консервативное лечение в течение 6 мес. — 2 лет, направленное на купирование активности инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрита, цистита) — антибактериальное лечение с учетом чувствительности высеваемой флоры, лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря в зависимости от его формы, патологии кишечника, провоцирующей запоры. Тем не менее, проявления ПМР у наблюдаемых пациентов сохранялись, а у трех больных даже прогрессировали (из третьей в четвертую степень), у 7 больных практически не удавалось достичь ремиссии пиелонефрита, у трех детей за этот промежуток времени стала снижаться концентрационная способность почек.

Поскольку консервативное лечение было не эффективным, в отделении детской урологии Россий-

ской детской клинической больницы г. Москвы проведена эндоскопическая имплантация полимера (тефлона) под устье мочеточника. Период последующего наблюдения колебался от 4 до 11 лет. После первого эндоскопического вмешательства положительный результат был получен у 12 детей, только в 2-х случаях потребовалось его повторение через 6 месяцев.

Сроки восстановления моторики верхних мочевых путей (оцениваемые по данным в/в урографии и динамической сцинтиграфии почек) находились в прямой зависимости от степени тяжести ПМР и возраста больного. Чем больше степень ПМР и возраст больного, тем больше времени потребовалось на нормализацию моторной функции верхних мочевых путей. В среднем, этот период исчислялся 1,5-2 годами, а у половины больных нарушения моторики мочеточников сохраняются до сих пор. В течение двух месяцев после операции у всех детей имелось обострение пиелонефрита, у четверых длительная лейкоцитурия (до 6-7 месяцев) была обусловлена обострением хронического цистита.

В последующем, с увеличением срока послеоперационного периода, частота обострений инфекции мочевой системы снижалась и через 1-1,5 года наступила стойкая ремиссия пиелонефрита и цистита. Только у двух детей с сопутствующей кристаллурией эпизодически (один раз в 1-2 года) бывают обострения пиелонефрита, но они протекают и купируются легче, чем до коррекции ПМР. Проявления энуреза были купированы в течение двух лет. За это же время у 4-х детей из 11-ти повысился удельный вес мочи, а у двух самых маленьких пациентов восстановилась концентрационная способность почек. Исходное снижение фильтрационной функции у двух детей после устранения ПМР сохранялось, но не прогрессировало. Показатели гомеостаза, размеры почек до настоящего времени у всех наблюдаемых пациентов находятся в пределах возрастной нормы.

По данным ультразвукового доплерографического исследования сосудов, динамической сцинтиграфии почек, проявления нефросклероза у больных сохраняются, но в динамике не нарастают. В катамнезе у всех детей параметры физического развития, артериального давления не выходили за пределы физиологической нормы. Наблюдение за представленной группой больных продолжается.

Таким образом, полученные данные позволяют считать, что эндоскопическая коррекция ПМР 3-4 степени у детей — мало травматичный и, в то же время, высоко результативный метод лечения, позволяющий снизить частоту обострений вторичного пиелонефрита и предупредить прогрессирование нефросклероза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Папаян, А.В. Клиническая нефрология детского возраста: Руководство для врачей. /Папаян А.В., Савенкова Н.Д. — СПб., 1997. — С. 529-545.

2. Лопаткин, Н.А. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс /Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев. – М., 1990. – 98 с.
3. Паунова, С.С. Рефлюкс-нефропатия у детей /Паунова С.С. //Педиатрия. – 1991. – № 4. – С. 101-103.
4. Frey, P. Subureteral Collagen injection for Endoscopic Treatment of VUR in Children /Frey P., Berger B. //J. of Urology. – 1992. – V. 148, N 2. – P. 718-723.
5. Абдурахманов, Х.И. Влияние консервативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса на рост и размеры почек у детей /Абдурахманов Х.И., Казанская И.В. //Вопр. охр. матер. и детства. – 1990. – № 3. – С. 43-45.
6. Чепуров, А.К. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса инфузией тefлоновой пастой /Чепуров А.К., Неменова А.А. //Урология и нефрология. – 1990. – № 6. – С. 63.



ВЫДУМАННЫЕ БОЛЕЗНИ

Придумываются новые синдромы, факторы риска расцениваются как патологии, возрастные изменения считаются серьезными нарушениями - таким образом фармакологическая промышленность превращает всех нас в пациентов. Чтобы продавать больше лекарств.

Интересная история была опубликована в одном из последних номеров информационного бюллетеня по лекарственным препаратам. С конца 1980-х годов в Риме периодически начали собираться группы специалистов по заболеваниям кишечника с целью обсуждения всех болезней, которые могут возникнуть в ЖКТ. До последнего времени были тщательно описаны 21 заболевание, в том числе и хронический запор, который возникает у тех, кто "спонтанно" не опорожняется как минимум три раза в неделю в течение более 6 месяцев.

Ревие экспертов принесло свои плоды, иронизирует издание, поскольку в ходе клинического испытания выяснилось, что тегасерод (препарат, который уже продается в США и ожидает одобрения в Италии) способствует увеличению спонтанных опорожнений на одно каждые две недели, по цене почти 100 долларов за каждое дополнительное "событие".

Умножая число дополнительных "событий" на число заинтересованных лиц (согласно последним данным, в Италии около 4 млн. страдающих), становится понятной щедрость, с которой различные фармакологические компании годами финансировали научные симпозиумы в Риме и ассоциации пациентов, специально созданные, чтобы привлечь внимание к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Можно посмеяться, если бы этот вопрос не был настолько серьезным, поскольку хронический запор и синдром colon irritable - две стороны одной медали, два примера из числа многих, свидетельствующих о том, как фармацевтическая промышленность, чтобы обеспечить постоянный рост рынка, превращает обычные жизненные явления, легкие и возрастные расстройства в потенциально серьезные заболевания, для лечения которых необходимо принимать препараты. По поводу этого феномена начинают бить тревогу врачи, ученые и журналисты. В апреле выйдет исследование журналиста-медика Йорга Блеча "Изобретатели болезней", а несколько месяцев назад уже опубликована книга Рея Мойнихена и Алэна Касселза "Лекарства, которые приводят к болезням".

Стоит подойти к проблеме серьезно. Остеопороз: согласно оценкам, публикуемым в прессе, к группе риска относится около половины людей, достигших 65-летнего возраста. Холестерин: несколько недель назад были опубликованы данные, указывавшие на то, что каждый второй итальянец находится на пороге риска. А депрессия? Такое впечатление, что ею охвачены 330 млн. человек и 90 % лечатся неправильно. Мы действительно все больны? Что-то не верится. Еще и потому, что один из руководителей фармацевтической промышленности любезно сообщил: "Если суммировать все данные, то каждый из нас в среднем должен иметь 20 заболеваний".

Речь идет о феномене, появившемся по простой причине. Блеч писал: "Чтобы постоянно поддерживать отмечавшийся в последние годы рост, индустрия здоровья должна все чаще прописывать лекарства здоровым людям". Как рассказывают Рей Мойнихен и Алэн Касселз, еще 30 лет назад директор Merck Генри Гэдсен накануне ухода на пенсию очень огорчился по поводу того, что может продавать лекарства только больным, и мечтал о рынке, на котором бы "все" были клиентами его компании.

(Продолжение см. на стр. 29)