

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

УДК 616.62-009.1-053.2-03-08
Поступила 12.04.2013 г.

© **Е.С. Застело**, аспирант кафедры госпитальной педиатрии;
Е.В. Туш, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии;
О.В. Халецкая, д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10/1

Данный клинический пример интересен тем, что единственной жалобой в течение 10 лет у пациента было ночное недержание мочи. Только углубленное обследование позволило выявить наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса. В течение длительного времени рефлюкс не проявлял себя клинически, не было ни одного документированного случая инфекции мочевой системы, не развилась рефлюкс-нефропатия. Проведенный комплекс консервативных мероприятий, направленных на ликвидацию дизметаболических изменений, гиперактивности детрузора мочевого пузыря, профилактику инфекционного процесса в мочевой системе, оказался эффективным: нормализовалась сократительная активность мочевого пузыря, что привело к купированию энуреза и регрессу рефлюкса.

Ключевые слова: дети; энурез; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; тактика ведения; лечение.

English

Conservative Treatment of Vesicoureteral Reflux in a Child 10 Years

E.S. Zastelo, Postgraduate, the Department of Hospital Pediatrics;
E.V. Tush, PhD, Tutor, the Department of Hospital Pediatrics;
O.V. Khaletskaya, D.Med.Sc., Professor, Head of the Department of Hospital Pediatrics

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Minin and Pozharsky Square, 10/1, Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603005

This clinical example is interesting due to the fact that a patient complained of nocturnal enuresis only once over ten years. The thorough examination enabled to detect the presence of vesicoureteral reflux. For a long time reflux had no clinical manifestations, and there were none recorded cases of urinary tract infection. Furthermore, no reflux-nephropathy developed. The patient underwent a complex of conservative treatment procedures aimed at the elimination of dysmetabolic changes, urinary bladder detrusor hyperactivity, and infectious process prevention in urinary system. The complex of measures appeared to be effective: urinary bladder contractive activity normalized resulting in enuresis stopping and reflux regress.

Key words: children; enuresis; vesicoureteral reflux; patient surveillance; management.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) — состояние, при котором происходит обратный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники и/или лоханку почки. Это связано с функциональными или органическими нарушениями клапанного механизма между мочеточником и мочевым пузырем.

Частота ПМР у детей с аномалиями и инфекцией мочевой системы составляет 35–66,4% [1, 2]. Это обусловлено бессимптомным течением патологии и отсутствием единой тактики в диагностике. Доказана наследственная предрасположенность к ПМР у детей (в случаях выявления первичного ПМР у других членов семей риск возрастает почти в 4 раза) [3]. В то же время асимптоматический ПМР I-II степени может быть

физиологическим состоянием у детей раннего возраста [4]. С возрастом наблюдается снижение частоты выявления ПМР.

В настоящее время ученые, занимающиеся проблемой ПМР, считают необходимым проводить коррекцию этого патологического состояния как консервативным, так и хирургическим путем [1, 5]. Разное понимание патогенетических основ ПМР определяет разные точки зрения по вопросу о выборе способа лечения данных пациентов. До сих пор нет четких показаний к оперативному лечению и не определена его тактика (применение эндоскопических методик), не уточнены сроки и схемы проведения консервативного лечения. Однако у тех детей, у которых самопроизвольного регресса забо-

Для контактов: Застело Елена Сергеевна, тел. моб. +7 903-604-43-25; e-mail: dr_zastelo_e@rambler.ru

левания не наступило, необходимо четко определиться с тактикой ведения, поскольку у них существует риск рефлюкс-нефропатии и впоследствии — хронической почечной недостаточности.

Представленный клинический пример демонстрирует особенности редко встречающегося течения пузырно-мочеточникового рефлюкса у ребенка. Наблюдение за пациентом проводилось в течение трех лет (2010–2012 гг.).

Больной Е., 10 лет, амбулаторно обратился с жалобами на ночное недержание мочи до 4 раз каждую ночь, преимущественно под утро, профундосомнию, эпизодические случаи дневного недержания мочи 1 раз в две недели, головную боль 1 раз в 2–4 недели, без четкой локализации, провоцирующуюся переутомлением.

Из анамнеза жизни: ребенок — от первой беременности, протекавшей без патологии, первых срочных родов, без признаков асфиксии и дезадаптации при рождении. Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году жизни развитие моторных навыков проходило с опережением, речевое развитие — по возрасту.

Из анамнеза заболевания: энурез беспокоит с раннего возраста, «светлого промежутка» не отмечалось. Наследственность по энурезу отягощена, у папы он наблюдался до подросткового возраста, у мамы — до 10 лет. С 9-летнего возраста присоединились эпизодические случаи дневного недержания мочи — 1 раз в две недели. С 10 лет стали беспокоить головные боли. В возрасте 10 лет ребенок однократно консультирован неврологом по поводу энуреза и головных болей, был назначен и проведен курс нейрометаболической терапии Пантокальцином и Ново-Пасситом.

После проведенного лечения энурез сохранился, головные боли стали беспокоить реже. В связи с имеющимися жалобами ребенок консультирован врачом-нефрологом. При амбулаторном обследовании выявлены следующие изменения: в общем анализе мочи — выраженная гипероксалурия, ритм спонтанных мочеиспусканий — количество и объем мочеиспусканий соответствуют возрасту (средний объем одной порции мочи — 120 мл, количество мочеиспусканий — до 8 раз в день). Обращает на себя внимание ночное опускание мочи в белье — до 4 раз за ночь. При УЗИ почек и мочевого пузыря выявлены признаки гипотонии лоханки правой почки, зияние сфинктера мочевого пузыря и верхней трети уретры. Пациенту предложена госпитализация в стационар для дальнейшего обследования с целью постановки диагноза и назначения адекватной терапии.

Пациент был госпитализирован в Детскую городскую клиническую больницу №1 Н. Новгорода. Объективно состояние оценивалось как средней тяжести, ближе к удовлетворительному. Масса тела — 39,5 кг, рост — 135 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки — розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит хорошо, распределен равномерно. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание не затруднено. Перкуторно звук — ясный, легочный, дыхание — везикулярное, частота дыхания — 18 в минуту. Границы сердца — в пределах возрастной нормы, при аускультации тоны сердца — от-

четливые, ритмичные, частота сердечных сокращений — 76 в минуту. Живот — мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено, ночью — в постель. Стул оформлен, регулярный.

Проведено обследование согласно стандартам: ритм спонтанных мочеиспусканий за 3 сут, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, проба Зимницкого, посев мочи, клиренс эндогенного креатинина, урофлоуметрия, УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, цистография. Были выявлены следующие изменения: в общем анализе мочи — выраженная гипероксалурия; урофлоуметрия — колоколообразный тип кривой, обструктивный тип мочеиспускания не подтвержден; УЗИ почек и мочевого пузыря — гипотония лоханки правой почки, зияние сфинктера мочевого пузыря и верхней трети уретры; экскреторная урография — патологическая подвижность правой почки; цистография — двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс II степени. Нарушения почечных функций не установлено.

С учетом жалоб на головную боль проведена консультация невролога, выставлен диагноз: «цефалгический синдром (головные боли напряжения)». Рекомендовано в амбулаторных условиях провести дообследование: исследование глазного дна, ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. После консультации уролога рекомендована плановая операция по коррекции рефлюкса.

На основании полученных данных выставлен диагноз: «нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс II степени. Полисимптомный энурез. Патологическая подвижность правой почки. Цефалгический синдром (головные боли напряжения)».

С учетом диагноза проведено лечение. С целью коррекции дизметаболических нарушений назначена диетотерапия — стол №5 по Певзнеру и водная нагрузка до 2–2,5 л в сутки, преимущественно в первой половине дня, ограничение приема жидкости за 2 ч до сна. Медикаментозная терапия: нейрометаболическая терапия глицином — по 0,05 г (1/2 таблетки) 3 раза в день под язык и пантокальцином — по 0,25 г (1 таблетка) 3 раза в день для купирования признаков гиперактивности детрузора мочевого пузыря. Физиолечение: Д'Арсонваль трузиковой зоны, 7 процедур, для улучшения трофической функции органов мочевой системы. ЛФК: дыхательные упражнения для укрепления мышц брюшного пресса и тазового дна, 10 процедур, массаж шейно-воротниковой зоны, 8 процедур.

На фоне проведенного лечения наблюдалась положительная динамика: количество «мокрых» ночей сократилось до 4–5 раз в неделю и до 1 раза за ночь, общий анализ мочи — без патологии.

Ребенок выписан домой с рекомендациями: диспансерное наблюдение у педиатра; для профилактики дизметаболических нарушений — диетотерапия с исключением продуктов с большим содержанием витамина С и щавелевой кислоты, в течение 2 нед картофельно-капустная диета, затем постепенное расширение рациона и соблюдение водного режима; санация очагов хронической инфекции; контроль общего анализа мочи — один раз в 7–10 дней и

при интеркуррентных заболеваниях; фитотерапия (почечный чай, брусничный лист в течение 1 мес); медикаментозное лечение: продолжить курс нейрометаболической терапии Фенибутом и Пикамилоном, для профилактики инфекции мочевыделительной системы — уросептики (Фурагин, Канефрон в возрастных дозировках в течение 1 мес); плановое оперативное лечение; санаторно-курортное лечение. Данные рекомендации выполнены полностью.

В летние месяцы ребенок был отправлен на санаторно-курортное лечение длительностью 21 день. Была проведена терапия, направленная на профилактику инфекционного процесса и улучшение трофической функции мочевыделительной системы, которая включала в себя режим, диету, свежий воздух, лечебную гимнастику, лазеротерапию, водолечение (теплые ванны), импульстерапию, массаж шейно-воротниковой зоны. После первого курса санаторно-курортного лечения наблюдалась положительная динамика в виде сокращения количества «мокрых» ночей до 1–2 раз в неделю.

Через год, после второго курса санаторно-курортного лечения, было проведено обследование, которое не показало наличия ПМР, ночное недержание мочи больше пациента не беспокоило.

Данный клинический случай интересен тем, что единственной жалобой больного длительное время являлся энурез, который ошибочно трактовался как моносимптомный. Скрининговые обследования (ритм спонтанных мочеиспусканий, общий анализ мочи, урофлоуметрия) свидетельствовали о нормальной функции мочевого пузыря, а ПМР был выявлен только при углубленном обследовании.

Можно предположить, что в патогенезе данного заболевания имела дисфункция мочевого пузыря на фоне гиперактивности детрузора, которая клинически проявлялась ночным и эпизодически дневным недержанием мочи. Гиперактивность детрузора моче-

вого пузыря ведет к интермиттирующему повышению внутрипузырного давления, что приводит к развитию вторичного ПМР у пациента. К сожалению, ввиду возраста и негативного отношения мальчика задокументировать эти факторы путем проведения цистометрии не представлялось возможным. Гипероксалурия, в свою очередь, провоцировала гиперактивность детрузора мочевого пузыря.

С учетом того, что в течение 10 лет рефлюкс не проявлял себя клинически, не было ни одного документированного случая инфекции мочевой системы, а также не развилась рефлюкс-нефропатия, была выбрана тактика консервативного лечения. Комплекс проведенных консервативных мероприятий, направленных на ликвидацию дизметаболических изменений, гиперактивности детрузора мочевого пузыря, профилактики инфекционного процесса в мочевой системе, оказался эффективным. На фоне терапии нормализовалась сократительная активность мочевого пузыря, что привело не только к купированию энуреза, но и к регрессу рефлюкса. Таким образом, у детей старшего возраста, при отсутствии инфекции мочевой системы, следует отдавать предпочтение консервативному лечению пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Литература/References

1. Cooper C.S. Individualizing management of vesicoureteral reflux. *Nephrourol Mon* 2012 Summer; 4(3): 530–534.
2. Garge S., Menon P., Narasimha Rao K.L., Bhattacharya A., Abrar L., Bawa M., Kanojia R.P., Mahajan J.K., Samujh R. Vesicoureteral reflux: endoscopic therapy and impact on health related quality of life. *Journal Indian Assoc Pediatr Surg* 2013 Jan; 18(1): 11–15.
3. Cooper C.S., Austin J.C. Vesicoureteral reflux: who benefits from surgery? *Urol Clin North Am* 2004; 31: 535–541.
4. Delvin J.B. Prevalence and risk factors for childhood nocturnal enuresis. *Irish Med J* 1991; 84(4): 118–120.
5. Kim J.W., Oh M.M. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux in pediatric patients. *Korean J Pediatr* 2013 Apr; 56(4): 145–150.