

В.І.Зайцев¹, В.О.Пирогов², С.В.Нікітасв¹, Н.А.Севастьянова²

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІХУРОВО-СЕЧОВІДНИЙ РЕФЛЮКС, ЯКИЙ ВИНИК НА ТЛІ НЕЙРОГЕННИХ ДИСФУНКЦІЙ СЕЧОВОГО МІХУРА

¹Кафедра анестезіології, реанімації та урології (зав. – проф. В.М.Конючук)
Буковинської державної медичної академії

²Лабораторія нейроурології (зав.– проф. В.О.Пирогов) Інституту урології АМН України

Резюме. Дослідження проведено на 87 хворих з міхурово-сечовідним рефлюксом (МСР), котрий виник на тлі нейрогенної дисфункції сечового міхура. У жодного пацієнта не було ознак інфравезикальної обструкції та інших анатомічних аномалій сечостатевої системи або захворювань центральної нервової системи. Авторами показано, що оцінка ефективності лікування хворих на МСР на підставі тільки його ступеня є недостатньою і не відображає всіх змін стану хворого. Зменшення клінічних проявів часто не корелює із рентгенологічною оцінкою МСР. Покращання якості життя хворих на МСР є не менш важливою метою лікування, ніж власне редукція рефлюксу, і повинно враховуватися при вирішенні тактики лікування та оцінки його результатів.

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

Вступ. Порушення уродинаміки нейрогенного генезу почали привертати увагу лікарів досить давно. В осіб з нейрогенними дисфункціями сечового міхура (НДСМ) можливий розвиток тяжких ускладнень: виникнення міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР), який призводить до розвитку пієлонефриту, уретерогідронефрозу і за відсутності відповідного лікування – до артеріальної гіпертензії та ниркової недостатності [5].

У більшості випадків саме симптоми циститу чи пієлонефриту є першими проявами у таких хворих і досить часто вони тривало лікуються з приводу хронічного пієлонефриту, коли в дійсності він є ускладненням основного захворювання – НДСМ [7]. Тому важлива рання діагностика НДСМ та правильно вибрана тактика лікування [5].

МСР часто супроводжує НДСМ, але серед лікарів відсутня єдина думка з приводу підходу до тактики лікування, оцінки результатів та контролю лікування МСР [1, 3, 4, 8]. Основним критерієм, на який орієнтуються при виборі тактики лікування, є ступінь МСР [3, 6]. Оцінка результатів лікування базується також тільки на зміні або зникненні МСР і не беруться до уваги зміни інших проявів захворювання, які прямо впливають на якість життя хворих. З нашої точки зору, головною метою лікування повинно бути не тільки зменшення МСР, а й ліквідація або зменшення негативних наслідків існування МСР для функції нирок, стану уродинаміки, активності запального процесу. Тому звуження оцінки лікування МСР тільки до зменшення його ступеня призводить до вилучення з поля зору лікаря не менш важливих показників, що впливають на стан сечовивідної системи та якість життя хворих.

Мета дослідження. Практична апробація власного способу оцінки результатів лікування хворих на міхурово-сечовідний рефлюкс, який виник на тлі нейрогенних дисфункцій сечового міхура.

Матеріал і методи. Обстежували пацієнтів, які лікувалися в Інституті урології АМН України (м.Київ) за період з 1993 по 2001 рр. У дослідження було включено 87 хворих із міхурово-сечовідним рефлюксом, що виник на тлі нейрогенного сечового міхура. У жодного пацієнта не було ознак інфравезикальної обструкції та інших анатомічних аномалій сечостатевої системи або захворювань центральної нервової системи.

Аналізувалися результати клініко-лабораторних, рентгенологічних (мікційна цистографія, внутрішньовенна екскреторна урографія) обстежень, функціональних уродинамічних досліджень (урофлоуметрія, цистотонетрія).

Усі хворі були проліковані консервативно за традиційною схемою, яка містила М-холінолітики, антибактеріальні засоби, вітаміни, електростимуляцію сечових шляхів тощо.

Оцінку результатів лікування хворих проводили за власною запропонованою методикою “Спосіб комплексної оцінки важкості захворюваності на МСР та ефективності лікування” (заявка на винахід №2002097571 від 20.09.2002 р.). В основі винаходу знаходиться виділення групи найбільш типових суб’єктивних та об’єктивних ознак, що супроводжують перебіг МСР. До них віднесено: дизуричні розлади, зміни в сечі (лейкоцитурія), активність

пієлонефриту, порушення функції нирок та наявність УГН, вираженість МСР. Оцінку кожного показника проводили за чотирибальною шкалою (від 0 до 3). Чим вищий бал, тим більш виражені зміни цього показника спостерігалися в даного хворого. Сума балів об'єктивно характеризує стан хворого і дає можливість оцінювати його зміни з можливістю статистичної обробки отриманих результатів. Завдяки зміні суми балів (за наявності ефекту від лікування) вираховували різницю суми між першим та останнім візитами, що свідчило про загальну ефективність лікування.

Відповідно до запропонованого методу була розроблена програма, яка дозволяє проводити обчислення автоматично з допомогою персонального комп'ютера.

У подальшому ми проводили порівняльний аналіз оцінки ефективності лікування МСР за загальноприйнятою методикою, яка враховує тільки рентгенологічні зміни ступеня МСР, та за запропонованою нами методикою.

Математична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми STATISTICA 6.0 (Stat Soft) для персонального комп'ютера "PENTIUM". Вираховували параметричну кореляцію за критерієм Pearson, непараметричну за критерієм Spearman.

Результати дослідження та їх обговорення. Вік абсолютної більшості хворих не перевищував 20 років (95%). Тільки 5% хворих були віком від 20 до 35 років (рис. 1).

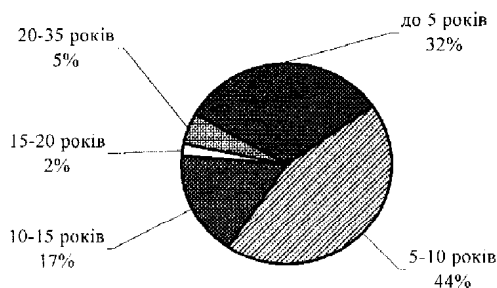


Рис. 1. Розподіл хворих за віком

Із 87 хворих чоловічої статі було 6 (6,9%) осіб, а жіночої – 81 (93,1%). Серед них із МСР I ступеня було 23 пацієнти (26,4%), МСР II ступеня – 4 (4,5%), МСР III–IV ступеня – 60 (68,9%). Скарги на дизуричні розлади (імперативні поклики, імперативне неутримання сечі, біль під час сечовипускання, енурез, ніктурія) відмічено у 60 хворих (68,9%). Загострення хронічного пієлонефриту за останній рік було у 58 хворих (66,6%). При лабораторному дослідженні зміни в загальному аналізі сечі (лейкоцитурія) виявлено в 61 хворого (70,1%). Уретерогідронефроз діагностовано у 20 хворих (20,6%). Порушення функції нирок виявлено у 2 хворих (2,29%).

Середній вік пацієнтів із МСР I ступеня склав 9,6 року. Пацієнтів жіночої статі було 21 (25,9% від загальної кількості жінок), чоловічої – 2 (33,3% від загальної кількості чоловіків). Двобічний МСР діагностовано в 6 хворих (6,9% від загальної кількості хворих), правобічний – у 9 хворих (10,3%), лівобічний – у 8 хворих (9,2%).

У хворих на МСР II ступеня середній вік складав 7 років. Пацієнтів жіночої статі було 3 (3,7% від загальної кількості жінок), чоловічої – 1 (16,7% від загальної кількості чоловіків). Лівобічний МСР діагностовано в 3 випадках (3,4%), правобічний – в 1 (1,1%).

Середній вік хворих на МСР I–II ступеня складав 9,2 року. Додаткові дані, отримані при аналізі цих груп хворих, надані у таблиці 1.

У хворих на МСР III–IV ступеня середній вік склав 8,2 року. Пацієнтів чоловічої статі було 3 (50,0% від загальної кількості чоловіків), а жіночої – 57 (70,4% від загальної кількості жінок). Двобічний МСР діагностовано у 29 випадках (33,3%), правобічний – у 10 хворих (11,5%), лівобічний – у 21 хворого (24,1%). Додаткові дані, отримані при аналізі цих груп, подані у таблиці 2.

Таблиця 1

Дані дослідження хворих на МСР I–II ступеня

| Клінічні прояви | Пацієнти чоловічої статі | | Пацієнти жіночої статі | | Загальна кількість хворих | |
|--|--------------------------|------|------------------------|------|---------------------------|-------|
| | Абсолютна кількість | % | Абсолютна кількість | % | Абсолютна кількість | % |
| Всього | 3 | 11,1 | 24 | 88,9 | 27 | 100,0 |
| у тому числі з них: | | | | | | |
| - Дизуричні розлади | 2 | 7,4 | 19 | 70,4 | 21 | 77,8 |
| - Загострення хронічного пієлонефриту | 2 | 7,4 | 16 | 59,3 | 18 | 66,7 |
| - Зміни загального аналізу сечі (лейкоцитурія) | 1 | 3,7 | 18 | 66,7 | 19 | 70,4 |
| - Порушення функції нирки або нирок | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Уретерогідронефроз | 1 | 3,7 | 5 | 18,5 | 6 | 22,2 |

Таблиця 2

Дані дослідження хворих на МСР III–IV ступеня

| Клінічні прояви | Пацієнти чоловічої статі | | Пацієнти жіночої статі | | Загальна кількість хворих | |
|--|--------------------------|-----|------------------------|------|---------------------------|-------|
| | Абсолютна кількість | % | Абсолютна кількість | % | Абсолютна кількість | % |
| Всього | 3 | 5,0 | 57 | 95,0 | 60 | 100,0 |
| у тому числі з них: | | | | | | |
| - Дизуричні розлади | 1 | 1,7 | 38 | 63,3 | 39 | 65,0 |
| - Загострення хронічного пієлонефриту | 1 | 1,7 | 38 | 63,3 | 39 | 65,0 |
| - Зміни загального аналізу сечі (лейкоцитурія) | 0 | 0 | 42 | 70,0 | 42 | 70,0 |
| - Погіршення функції нирки або нирок | 1 | 1,7 | 1 | 1,7 | 2 | 3,4 |
| - Уретерогідронефроз | 2 | 3,3 | 12 | 20,0 | 14 | 23,3 |

Таблиця 3

Розподіл хворих відповідно до ефективності лікування за запропонованою методикою та порівняння із загальноприйнятою методикою

| Групи хворих | Ефективність лікування за запропонованою методикою | Зміни МСР | | |
|--------------|--|----------------------------|------------|-----------------|
| | | Відсутні або мінімальні, % | Помірні, % | Рефлюкс зник, % |
| I | Незадовільна (26 хворих) | 84,61 | 3,85 | 11,54 |
| II | Задовільна (21 хворий) | 85,71 | 9,52 | 4,76 |
| III | Добра (40 хворих) | 32,50 | 20,00 | 47,50 |

Таблиця 4

Розподіл хворих на МСР відповідно до ефективності лікування за загальноприйнятою методикою та порівняння із запропонованою методикою

| Групи хворих | Зміни МСР | Ефективність лікування за запропонованою методикою | | |
|--------------|-------------------------------------|--|---------------|----------|
| | | Незадовільна, % | Задовільна, % | Добра, % |
| I | Відсутні або мінімальні (53 хворих) | 41,51 | 33,96 | 24,53 |
| II | Помірні (11 хворих) | 9,09 | 18,18 | 72,73 |
| III | Рефлюкс зник (23 хворих) | 13,04 | 4,35 | 82,61 |

При оцінці результатів лікування за запропонованою нами методикою усі хворі поділені на три групи відповідно до отриманого ефекту. У кожній групі було проведено порівняння із загальноприйнятою методикою оцінки ефективності лікування (відповідно до рентгенологічних змін МСР) (табл. 3).

Як видно з отриманих даних, у групі з незадовільною ефективністю лікування за запропонованою системою близько з 15% хворих відзначали помірне покращення або зникнення МСР. І навпаки, в групі з доброю ефективністю лікування за нашою системою у 32,5% пацієнтів МСР не змінився. Цей факт свідчить про те, що в третини хворих відзначена невідповідність між значним покращанням клінічних та лабораторних проявів захворювання на тлі практично відсутніх змін МСР. Зникнення дизуричних симптомів, зменшення частоти загострення хронічного пієлонефриту, за нашим досвідом, веде до покращання якості життя таких хворих та часто є не менш важливим результатом лікування. З цієї точки зору, відносити хворих до групи, у яких лікування не досягло ефекту, ми вважаємо недоцільним.

Для порівняння ми провели розподіл цих же хворих на групи відповідно до ефективності лікування за принципом змін МСР (табл. 4). Основними моментами, на які ми вважаємо доцільно звернути увагу, є те, що більше половини хворих (58%) I групи відзначали позитивний ефект лікування за нашою системою оцінки. Це свідчить про те, що клінічні прояви захворювання у них значно зменшились за відсутності ефекту стосовно ступеня МСР. У той же час, у III групі хворих відповідність з

нашою системою була значно більшою – 87% хворих за нашою системою також мали добрий ефект лікування.

Отримані данні свідчать про те, що клінічний перебіг захворювання на МСР та його зміни не завжди збігаються, існує виражена тенденція до редукції клінічних проявів в осіб з відсутністю ефекту лікування власне МСР. З нашого погляду, це є фактом, який змушує, певним чином, переглянути відношення до оцінки ефекту лікування у таких хворих. Зменшення клінічної симптоматики саме по собі призводить до покращання стану хворих та їх більш повної соціальної адаптації. Крім того, існує певна кореляція між вираженістю клінічних проявів та ступенем порушення функції сечового міхура, що і лежить у підґрунті виникнення МСР у цих хворих. Враховуючи, що абсолютна більшість хворих – діти віком до 10 років, стає зрозумілим, що зменшення імперативних покликів, болю при сечовипусканні, нетримання та неутримання сечі покращує сприйняття їх як рівноправних членів дитячого колективу та зменшує можливість виникнення психологічних проблем, які можуть залишитися на довгі роки.

Ми вважаємо, що запропонована система оцінки хворих на МСР більш повно відбиває зміни в перебігу захворювання і значною мірою вказує на зміни якості життя таких хворих. Це відповідає загальній тенденції сучасної медицини, щодо врахування якості життя хворих при виборі тактики лікування та оцінки його результатів. Прикладом цього можна вважати системи IPSS для хворих на гіперплазію простати, SEAPI для хворих із нетриманням сечі. Для подальшої апробації запропонованої системи буде доцільним дослідження ступеня її кореляції зі змінами якості життя хворих на МСР.

Висновки. 1. Оцінка ефективності лікування хворих на МСР на підставі тільки змін його ступеня є недостатньою і не відбиває усіх змін у стані хворого.

2. Зменшення клінічних проявів у таких хворих часто не корелює із зменшенням ступеня МСР.

3. Покращання якості життя хворих на МСР є не менш важливою метою лікування, ніж власне редукція рефлюксу, особливо враховуючи, що більшість пацієнтів – діти до 10 років.

Література. 1. Джафарова А.М., Макарова Т.И. Показания к консервативному и оперативному лечению детей с ПМР // Тез. докл. 8-го пленума Всесоюзного научного об-ва урологов. – Вильнюс, 1988. – С.39–40. 2. Лопаткин Н.А., Пузачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. – М.: Медицина, 1990. – 203 с. 3. Лопаткин Н.А., Пузачев А.Г., Кудрявцев Ю.В. Патогенетические основы выбора лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Урология. – 2002. – №1. – С.47–50. 4. Николаев В.В., Кулагв В.Д., Абдуллаев Ф.К. Оценка эффективности лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса путем эндоскопической имплантации тefлоновой пасты // Вест. РАМН. – 1994. – №4. – С.6–7. 5. Пиролов В.А., Севастьянова Н.А., Козлова А.И. Пузырно-мочеточниковые рефлюксы у больных с нейрогенными расстройствами мочеиспускания и их консервативное лечение // Урология. Респ. межведом. сб. – К.: Здоров'я, 1992. – №26. – С.16–21. 6. Ческис А.Л., Вишegradов В.И., Тульцев А.И. О классификации пузырно-почечного рефлюкса и тактики его лечения // Педиатрия. – 1994. – №2. – С.43–47. 7. Blatvas J.G., Romanzi L.J. Characterization of detrusor overactivity // J. Urol. – 1995. – V.153, N4. – P.433. 8. Trsinar B., Cotic D., Oblak C. Possible Causes of Unsuccessful Endoscopic Collagen Treatment of Vesicoureteric Reflux in Children // European Urology. – 1999. – V.36(6). – P.635–640.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH VESICoureTERAL REFLUX THAT AROSE AGAINST A BACKGROUND OF NEUROGENIC DYSFUNCTIONS OF THE URINARY BLADDER

V.I. Zaitsev, V.O. Pyrogov, S.V. Nikitaiev, N.A. Sevastianova

Abstract. The study was carried out on 87 patients with vesicoureteral reflux (VUR) that developed against a background of a neurogenic urinary bladder. No patient manifested signs of intravesicular obstruction and other anatomic anomalies of the urogenital system or diseases of the central nervous system. The authors have shown that an evaluation of treatment efficacy for VUR patients on the basis of only its degree is not sufficient and does not reflect all the changes in a patient's condition. A decrease of clinical manifestations in such patients does not correlate with a roentgenologic evaluation of VUR. An improvement of VUR patients' life style is no less important an object than reflux reduction proper and must be taken into account when choosing a treatment policy and an evaluation of its results.

Key words: vesicoureteral reflux, urinary bladder neurogenic dysfunctions, treatment efficacy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
Institute of Urology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Buk. Med. Herald. – 2003. – Vol.7, №1. – P.144–147.

Надійшла до редакції 14.11.2002 року