

Бабешин Д.В., Базик А.Г., Бухмин А.В.,

Россихин В.В., Христолюбский Б.Ю., Черноусов И.Ю.,

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИСТИТА И НЕЙРОГЕННЫХ ДИСФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРИТА И СТЕНОЗА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ У ДЕВОЧЕК

В последние годы почти не выставляется клинический диагноз воспаления мочевого пузыря, заменяя его новым, более актуальным — нейрогенная дисфункция (НД), осложненная инфекцией мочевых путей[1,5]. Но цистит (Ц.) у детей есть, хотя как изолированная форма встречается реже, чем у взрослых [2-4].

За последние 5 лет выявлено 43 больных, страдающих Ц., на 300 случаев НЛ мочевого пузыря. Проводя сравнительный анализ по годам, заметили, что 35 больных Ц. было в первом периоде заболевания (2000—2009 гг.) и только 8 больных — в периоде с 2010 по 2019 год.

При проведении дифференциальной диагностики первичного Ц. и вторично развивающегося на почве НД мы отмечаем, что диагноз первичного цистита правомочен только тогда, когда урологическое обследование ребенка, проведенное с использованием информативных методов, включающих в себя исследование уродинамики, не выявило никакой патологии (кроме цистита).

С 2002 года появилась возможность подтвердить функциональные нарушения графически, а не только при сборе анамнеза и проведении рутинных проб и исследований, косвенно подтверждающих нейрогенные дисфункции (аппарат «Уротест-6»). При первичном цистите уродинамические исследования не дают выраженных отклонений, при нейрогенной дисфункции на первый план выходят функциональные расстройства мочеиспускания. Из 300 детей у

273 были выявлены функциональные нарушения, обусловленные гиперрефлекторными вариантами дисфункций мочевого пузыря (поллакиурия днем, уменьшение среднего эффективного объема мочевого пузыря). При постуральном варианте дисфункций увеличивается эффективный объем мочевого пузыря при первом после ночного сна мочеиспускании, в течение дня объем мочеиспусканий нормальный или учащен, число мочеиспусканий увеличено.

Проведя анализ диагностики и лечения двух форм поражения мочевого пузыря, имеющих пограничный характер, считаем, что дифференциальная диагностика первичного цистита и нейрогенных расстройств возможна на ранних стадиях заболеваний, когда они представлены в классическом варианте. Результаты цистоскопии имеют решающее значение в дифференциальной диагностике.

Выявлено, что наличие лейкоцитурии является обязательным признаком цистита, в то время как при нейрогенной дисфункции, симулирующей цистит, на первый план выходят функциональные расстройства мочеиспускания («обструктивный» тип урофлоуметрии, наличие незаторможенных сокращений мочевого пузыря и т. д.). При сборе анамнеза отмечается, что у детей с циститом мочеиспускание учащено как днем, так и ночью, в покое и в движении; у детей же с нейрогенными дисфункциями — ночью и в покое учащения мочеиспускания, как правило, не отмечалось.

В исследование также включены 25 девочек с уретритом и 19 со стенозом дистального отдела уретры в возрасте 3—14 лет, которые находились на обследовании и лечении в период 2005 —2019 гг. У всех больных диагностированы также хронический пиелонефрит и хронический цистит.

Клиническая картина заболевания в обеих группах характеризовалась признаками рецидивирующего воспаления мочевых путей, императивными позывами на мочеиспускание, ночным недержанием и дневным недержанием (симптом «мокрых штанишек») мочи. Акт мочеиспускания зачастую затруднен,

струя мочи прерывистая, разбрызгивается, в редких случаях узкая, сильная, иногда вялая. В анализах постоянная или транзиторная лейкоцитурия и бактериурия на протяжении ряда лет. На микционных цистоуретрограммах выявлялось престенотическое расширение проксимального отдела уретры и сужение ее дистального отдела. Цистоскопически определялась картина цистита, трабекулярность стенок мочевого пузыря. При уретроскопии «в проходящей струе» в ряде случаев обнаружены гиперемия и отечность слизистой проксимального отдела уретры, единичные гранулы, инъеция сосудов. Нередко внешний осмотр при уретрите выявлял отечность и гиперемию слизистой меатального отдела уретры, тогда как при стенозе эти явления встречались редко. Характерна калибровка уретры головчатыми бужами. При уретрите выведение бужа из уретры не встречало сопротивления, при стенозе же выведение бужа затруднено из-за встречающегося препятствия.

Комплексное уродинамическое исследование нижних мочевых путей характеризовалось различными формами нейрогенных дисфункций мочевого пузыря в обеих группах больных. Анализ тестов, характеризующих акт мочеиспускания, не выявил ни одного диагностического критерия, который бы оказался патогномоничным для каждой из форм поражения уретры. Можно лишь констатировать, что при стенозе дистального отдела уретры, как правило, понижалась максимальная объемная скорость потока мочи и повышалось внутрипузырное давление при максимальном потоке мочи, что суммарно определяло высокий индекс уретрального сопротивления (выше 0,25). Объем остаточной мочи, за редким исключением, не превышал 10—15 мл в обеих группах.

Стеноз дистального отдела уретры являлся исходом недостаточно леченного или не леченного уретрита. На это указывали следующие факты: схожесть, а зачастую идентичность клинической картины заболевания в обеих группах больных; все девочки со стенозом дистального отдела уретры имели длительный анамнез заболевания, многим из них длительно проводились

антибактериальная терапия, целенаправленное лечение цистита и в ряде случаев уретрита без положительного эффекта.

Гистологическое исследование биопсийного материала, полученного при выполнении уретромеатомии, выявило склероз стенки уретры, разной степени распространенности и выраженности, во всех наблюдениях, и в ряде случаев обнаружен воспалительный процесс в виде диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрации, преимущественно в субэпителиальных отделах. Признаков врожденной дисплазии не обнаружено ни в одном наблюдении.

Воспалительный процесс в стенке уретры и стеноз ее дистального отдела, каждый в отдельности, служат причиной нарушения уродинамики нижних мочевых путей. В первом случае обструктивный процесс носит обратимый характер и может быть устранен консервативными мероприятиями, во втором — обструкция необратима и нуждается в оперативной коррекции.

Список литературы

1. Теблосева Л.Т., Кириллов В.И. Диагностика инфекций мочевыводящих путей у детей // Современные методы диагностики и лечения нефроурологических заболеваний у детей. — М., 1998. — С. 57-60.

2. Чернышева О.Е., Ярошенко С.Я. Инфекция мочевой системы у детей. Подходы к этиотропной терапии. Журнал «Здоровье ребенка» 7 (58), 2014, с 45-49

3. Abbott G.D. Urinary tract infection in children // Infections of the kidney and urinary tract / Ed. by W.R. Catell. — Oxford university press, 1996. — P. 158-185.

4. Bailey R.R. Vesico-ureteric reflux and reflux nephropathy // Oxford textbook of clinical nephrology /Ed. S. Cameron, A. Davison, J. Grunfeld, D. Kerr, and E. Ritz. — Oxford University Press, 1992. — Vol. 3. — P. 1983-2002.

5. Hellerstein S. Urinary Tract Infection. — Last Updated: January 16, 2007. www.emedicine.com/ped/topic2366.htm