

# Вроджені вади сечоводу у дітей

Вроджені вади сечоводу – міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) і мегауретер – займають провідне місце серед захворювань сечовидільної системи в дітей. Згідно з даними статистичних досліджень, розповсюдженість МСР серед хворих дитячих урологічних стаціонарів становить 32%, мегауретера – 18%.

➔ Несвоєчасна діагностика та відсутність патогенетичного лікування патології сечовидільної системи зумовлюють виникнення і хронізацію вторинного пієлонефриту та різного ступеня порушень функції нирок, а в багатьох випадках призводять до формування хронічної ниркової недостатності.

## МСР

МСР – вроджена вада сечоводу, яка характеризується ретроградним (у напрямку нирки) потоком сечі, що спостерігається в стані спокою та особливо під час сечовипускання. Причиною цього є недостатність міхурово-сечовідного співустя, яке в нормі слугує клапаном і запобігає регургітації сечі.

Залежно від ступеня недостатності міхурово-сечовідного співустя та скоротливої здатності сечоводу виділяють 5 ступенів МСР (Р. Heikel, К. Parkulainen, 1959):

I – контрастується лише тазовий відділ сечоводу;

II – контрастується весь сечовід без його розширення;

III – контрастується сечовід та чашково-мискова система без розширення;

IV – контрастується сечовід та чашково-мискова система з розширенням;

V – значне розширення з коліноподібними вигинами.

Такий розподіл має практичне значення для вибору відповідного методу лікування – консервативного, ендоскопічного, хірургічного.

## Діагностика

Специфічних клінічних проявів МСР не має. Проте слід звертати увагу на такі симптоми: періодичний біль у ділянці пупка; підвищення температури тіла до 39-40 °С протягом 1-3 днів за відсутності запальних процесів дихальної системи; біль у відповідній частині поперекової ділянки. За наявності зазначених симптомів слід призначити хворому аналіз сечі, у разі виявлення лейкоцитурії направити його до дитячого уролога.

Основним способом діагностики МСР є цистографія, додатковим – цистоскопія. У 21% випадків МСР поєднується з гіперрефлекторною дисфункцією сечового міхура, що визначається шляхом реєстрації добового ритму сечовипускання та проведення ретроградної цистотометрії. Зазначений комплекс досліджень є обов'язковим для визначення усіх патогенетичних чинників і вибору патогенетичної терапії.

## Лікування

Використовуються 3 методи лікування МСР: консервативний, ендоскопічний і хірургічний.



**Д.А. Сеймівський**

Д.м.н., професор, ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

*Консервативне лікування* передбачає призначення спазмолітиків та антибактеріальних препаратів за наявності супутнього пієлонефриту чи циститу з метою зниження внутрішньоміхурового тиску, що сприяє зменшенню регургітації сечі. До застосування у дітей дозволені такі спазмолітики: прифінію бромід, препарати красавки (хворим віком до 4 років); оксибутинін (з 5-річного віку). Препарати призначають курсами за такою схемою: 1 міс, перерва 2 тиж; повний курс – 6 міс. Антибактеріальні засоби призначають у максимальних допустимих дозах з урахуванням віку та маси тіла хворого до усунення лейкоцитурії.

Слід застерегти від призначення тривалих профілактичних курсів антибіотикотерапії у низьких дозах, що часто практикують нефрологи і педіатри, адже антибактеріальна терапія не впливає на ліквідацію причини МСР; крім того, підвищується ризик виникнення антибіотикорезистентності.

Показаннями до консервативного лікування є МСР I та II ступенів, відсутність деформації вічка сечоводу.

*Ендоскопічна терапія* – розповсюджений метод лікування МСР, який полягає у введенні спеціального гелю в інтрамуральний відділ сечоводу, що частково перекриває вхід до сечоводу. Безпосередня ефективність методу – 95-100%, проте через 6-10 міс у 30-40% випадків розвивається рецидив. Можливе повторне проведення корекції.

Показаннями до ендоскопічної корекції є відсутність ефекту тривалого (до 1 року) консервативного лікування та МСР I-III ступенів за наявності деформації вічка сечоводу.

*Оперативне втручання* спрямоване на створення антирефлюксного механізму за допомогою методик переміщення інтрамурального відділу сечоводу та збільшення його протяжності в стінці сечового міхура. Показаннями є неефективність консервативного та ендоскопічного лікування, МСР III-V ступенів.

## Мегауретер

Мегауретер – розширення сечоводу по всій довжині з різним ступенем порушення його моторної функції. Причиною цієї вади є недорозвиненість нервово-м'язових структур сечоводу. Мегауретер призводить до розширення чашково-мискової системи нирок, стоншення її паренхіми та порушення ниркових функцій. Зазначені патологічні зміни верхніх

сечових шляхів порушують відтік сечі, що зумовлює виникнення та хронізацію пієлонефриту. Останній спостерігається у 80% хворих із мегауретером і є його основним клінічним проявом.

## Діагностика

Існує декілька клінічних різновидів мегауретера. Обструктивний мегауретер – це поєднання зі структурою інтрамурального відділу сечоводу; рефлюксуючий супроводжується ретроградним током сечі; сечоміхуровозалежний поєднується з нейрогенними дисфункціями сечового міхура.

Визначення різновиду мегауретера здійснюється за таким алгоритмом: проведення ультрасонографії, екскреторної урографії, цистографії. Для визначення функціонального стану сечового міхура використовують реєстрацію добового ритму сечовипускання та ретроградну цистотометрію.

## Лікування

З огляду на значне порушення скоротливої здатності сечоводу лікування мегауретера є складним завданням для лікаря.

Показаннями до проведення консервативного лікування є рефлюксуючий та сечоміхуровозалежний, а також обструктивний мегауретер за умови відсутності пієлонефриту у пацієнтів віком до 1,5 року.

Суть лікування полягає в тривалому застосуванні спазмолітиків (аналогічно лікуванню МСР) та антибактеріальних препаратів за наявності лейкоцитурії. За відсутності прогресування порушень уродинаміки може проводитись динамічне спостереження 1-3 років.

Під час оперативного втручання здійснюють резекцію дистального відділу сечоводу з його звужуванням та реімплантацією відповідно

до однієї з антирефлюксних методик. У дітей із рефлюксуючим мегауретером здійснюють ендоскопічну корекцію, а за її неефективності – антирефлюксну операцію.

## Місце фітотерапії

Використання фітотерапії може сприяти значному підвищенню ефективності лікування дітей із вродженими вадами сечоводу. Зокрема, у складі комплексної консервативної терапії та після перенесеного хірургічного лікування (антирефлюксної операції при МСР або реконструктивного втручання при мегауретері) широко використовується препарат Канефрон® Н. Відомо, що післяопераційний період характеризується необхідністю тривалої реабілітації з призначенням антибіотиків та препаратів, які покращують скоротливу здатність сечоводу. Застосування препарату Канефрон® Н, що містить рослинні компоненти з широким спектром протимікробної активності, а також чинить спазмолітичний та діуретичний ефекти, є виправданим як у комплексі з антибіотиками на ранніх етапах реабілітації, так і в ролі монотерапії після закінчення основного курсу лікування. Окрім власного протимікробного ефекту, Канефрон® Н може підсилювати ефективність лікування антибіотиками, а хороший профіль безпеки дозволяє призначати даний препарат дітям раннього віку. Використання Канефрону Н також незамінне у випадку непереносимості антибактеріальних препаратів.

**У кожному конкретному випадку у разі вроджених вад сечоводу потрібно обґрунтувати необхідність консервативного, ендоскопічного чи хірургічного лікування.**

**Діти з такими вадами мають лікуватися лише в дитячих урологічних стаціонарах. ■**