

стематоз, уросепсис; г) двусторонняя уретерогидронефротическая трансформация; д) хроническая почечная недостаточность.

Таким образом, клиническое течение аденомы простаты обусловлено целым рядом морфологических и функциональных нарушений. Прогрессирование болезни вызывает все новые осложнения, среди которых основным является инфекция. Естественным выводом является рекомендация не прибегать к эндоуретральным манипуляциям, удалять аденому, как только появятся признаки ее прогрессирования с возникновением первых симптомов декомпенсации детрузора, нарушения со стороны почек и верхних мочевых путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голигорский С. Д. а) Стадии течения аденомы предстательной железы. В кн.: Материалы IV пленума урол. Украины. Киев, 1971; б) Аденома простаты и простатит. В кн.: Тез. докл. на III пленуме Всероссийского общества урологов. Ростов-на-Дону, 1972. — 2. Голигорский С. Д., Суходольская А. Е. и др. Урол. и нефрол., 1978, 3. — 3. Пасечников С. П. Функциональное состояние нижних мочевых путей у больных аденомой предстательной железы. Автореф. канд. дисс., Киев, 1977.

Поступила 31 января 1979 г.

УДК 616.62—009.1—053.2—089

О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Проф. В. В. Мазин, доц. Ю. В. Кормициков

Урологическая клиника (зав. — проф. В. В. Мазин) Владивостокского медицинского института

Реферат. В возникновении пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей основная роль принадлежит инфекции и аномалии устьев мочеточника. Разнообразные клинические проявления этой патологии заставляют подвергать рентгеноурологическому исследованию всех детей с дизурией, энурезом, болями в животе, эпизодической лихорадкой. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 1—2-й, а иногда и 3-й степени хорошо поддается консервативному лечению антибактериальными препаратами с использованием местных внутрипузырных процедур. Противорефлюксное оперативное пособие требуется в основном при 3, 4 и 5-й степени пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, консервативное и оперативное лечение.

2 таблицы. Библиография: 10 названий.

Патогенез и лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) представляют, пожалуй, самую малоизученную проблему детской урологии. Некоторые исследователи [4, 8] считают начальные стадии ПМР у детей раннего возраста физиологическим состоянием, другие (и мы солидарны с ними) находят, что это явление патологическое и обусловлено аномальным развитием интрамурального отдела и устья мочеточника [2, 5, 10], обструктивными изменениями в шейке мочевого пузыря и задней уретре и другими факторами [1, 6]. Недостаточно четко очерчена клиническая картина ПМР, особенно в грудном и раннем детском возрасте. Нет единогласия в отношении показаний к консервативному и оперативному лечению ПМР и выбору метода оперативного вмешательства.

Мы посчитали целесообразным поделиться своим клиническим опытом, основанным на наблюдениях за 335 детьми (девочек — 250, мальчиков — 85). Возраст детей и степень ПМР по Хейкелю и Паркулайнену (1966) представлены в табл. 1.

Рефлюкс в левый мочеточник выявлен у 103 детей, в правый — у 101, двусторонний у 131 ребенка. Пассивное затекание контрастного вещества в мочеточник при цистографии отмечено у 226 пациентов, активное — у 109.

Мы, как и большинство клиницистов, пришли к выводу о полиэтиологической природе ПМР. Безусловно, возникновение ПМР облегчается физиологическими особенностями детского мочеточника, формой и позицией его устья, затруднением оттока мочи при обструктивных изменениях в шейке мочевого пузыря и задней уретре, сужением уретры и крайней плотью. Но наряду с дефектами в анатомическом строении мочевых органов встречаются и функциональные расстройства, обуславливающие ПМР. Так, у

Данные о возрастном составе больных и степени ПМР

Степень ПМР	Число больных (по возрастным группам)					итого
	до года	1—3 года	4—6 лет	7—11 лет	12—15 лет	
1-я	2	10	24	25	5	66
2-я	30	36	43	45	4	158
3-я	11	22	32	9	1	75
4-я	4	11	8	2	2	27
5-я	1	5	2	1	—	9

преобладающего большинства больных ПМР мы наблюдали подковообразные, лункообразные или зияющие устья мочеточников. Изменения в шейке мочевого пузыря и уретре выявлены лишь у 38 больных. Однако ПМР бывает и при обычной форме устья и отсутствии аномалий развития мочевыводящих путей. Причем у девочек он наблюдался в 2 раза чаще, чем у мальчиков. Известно, что воспалительные процессы мочевых путей, занимающие второе место после острых респираторных заболеваний, у девочек встречаются гораздо чаще, чем у мальчиков.

У детей, как и у взрослых, вяло текущие циститы, особенно шеечные и уретроциститы, далеко не всегда сопровождаются пиурией. Дизурия может быть незначительной и не всегда отмечается ребенком и родителями. Однако воспалительный процесс в мочевом пузыре легко обнаруживается при цистоскопии. У 132 детей с начальными стадиями ПМР при эндоскопическом исследовании выявлен различной степени и распространенности воспалительный процесс мочевого пузыря. Наиболее часто воспаление локализовалось в области треугольника Льева, дна мочевого пузыря и задней полукружности его шейки и распространялось на область устьев мочеточников, обязательно захватывая и их интрамуральную часть. Обращало на себя внимание зияние устьев мочеточников, их ригидность в период сокращений. Слизистая пузыря вокруг устьев была отечной, гиперемированной, сосуды инъецированы. В результате воспалительной инфильтрации стенки мочевого пузыря изменялось положение устья, укорачивался интрамуральный отдел мочеточника, возникала ригидность устья, что и обуславливало рефлюкс. На ранних стадиях воспалительного процесса, когда еще нет значительного фиброза, эти явления обратимы. Так, у 97 наших больных с явлениями цистита и ПМР 1 и 2-й степени после излечения цистита исчез и рефлюкс. В случаях же, когда воспалительный процесс стенки мочевого пузыря уже привел к необратимым изменениям в интрамуральном отделе мочеточника, ПМР прогрессирует. У таких больных мы так же, как А. Л. Ческис и В. И. Виноградова (1973), находили при биопсии во время операции и гистологическом исследовании идентичный хронический воспалительный процесс стенки мочевого пузыря и мочеточника. В связи с изложенным мы склонны отводить большую роль в этиологии ПМР инфекции нижних мочевых путей.

Клинические проявления ПМР у детей были довольно разнообразными. Дизурия отмечена у 159 больных, ночной энурез — у 37; на боли в животе и поясничной области, иногда в связи с актами мочеиспускания, жаловались 98 детей. В грудном и раннем детском возрасте ПМР обычно выявлялся уже при наличии пиелонефрита, протекавшего с высокой температурой, интоксикацией, диспепсическими расстройствами (ознобами, рвотой, неустойчивостью стула) и нередко вначале расценивался педиатрами как острое респираторное заболевание, кишечная инфекция, сепсис. Изучение анамнеза у детей старше 3 лет позволило установить, что большинство из них до госпитализации в детское урологическое отделение перенесло одну или несколько атак пиелонефрита. Лейкоцитурия, бактериурия также в основном характерны для присоединившегося вторичного пиелонефрита. На ранних стадиях ПМР, когда пиелонефрит еще не выражен, а имеется лишь уретроцистит, результаты анализа мочи могут быть нормальными. Так называемый «асептический» ПМР у 42 детей был случайной клинической находкой.

Рентгеноурологическое обследование детей с подозрением на ПМР мы всегда начинали с экскреторной урографии. По экскреторным урограммам у 101 ребенка выявлено некоторое расширение нижних отделов мочеточников, у 174 детей отмечена гипотония лоханки и мочеточников. Наиболее результативным методом исследования

явилась цистография, которая позволила установить или уточнить диагноз у всех 335 детей.

В целях выбора консервативного или оперативного лечения и метода операции приходилось использовать телескопию. Для исключения обструктивных процессов в шейке мочевого пузыря и задней уретре, сужений уретры применяли крупнокадровую цистоуретрофлюорографию, урофлюуметрию и цистотонometriю с калибровкой уретры.

Выбор метода лечения ПМР чрезвычайно сложен и часто требует повторных наблюдений. У больных с обструктивными процессами в шейке мочевого пузыря и уретре мы устраняем оперативным путем препятствие к оттоку мочи, а затем проводим массивное антибактериальное лечение в течение 3—4 мес. Иногда в таких случаях подвергается обратному развитию даже ПМР 3-й степени. При безуспешности такого лечения приходится прибегать к оперативному вмешательству.

Как уже указывалось, ПМР 1, 2-й, а иногда и 3-й степени, обусловленный хроническим циститом, хорошо поддается консервативной терапии. Кроме антибактериальных препаратов, целесообразно использовать у таких больных местные внутрипузырные процедуры (инстилляции раствора сернокислого серебра 1 : 5000, 1 : 10000, 1—2% раствора колларгола в течение 10 дней; электрофорез на область мочевого пузыря с раствором хлористого кальция). Однако некоторые авторы предлагают необоснованно затягивать консервативную терапию. По нашему мнению, операция может быть целесообразной, в зависимости от обстоятельств, в любом возрасте. Нам пришлось оперировать 26 детей до 4 лет с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Мы считаем показанным противорефлексное оперативное пособие в следующих случаях: 1) если рефлюкс не исчезает и не подвергается обратному развитию на протяжении 6 мес консервативной терапии; 2) если часто повторяются атаки пиелонефрита, несмотря на антибактериальную терапию; 3) если при рефлюксе 2 и 3-й степени цистоскопия выявляет большие, зияющие, ригидные устья мочеточников, а телескопия обнаруживает снижение тонуса и расширение мочеточника; 4) при пузырно-мочеточниковом рефлюксе 4 и 5-й степени.

Нами оперировано 49 детей, в общей сложности им произведено 64 операции. При оперативных пособиях по поводу ПМР мы не придерживаемся унифицированной методики, а выбираем ту или иную операцию в зависимости от степени рефлюкса, состояния устья мочеточника и его диаметра, возраста и общего состояния ребенка. У маленьких детей технически сложно производить интравезикальные вмешательства (по Политано—Ледбеттеру), в то время как у детей более старшего возраста при ПМР 3—4-й степени внутрипузырные операции легко осуществимы, эффективны и менее травматичны. Все выполненные нами операции в зависимости от степени ПМР представлены в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

Оперативные вмешательства при пузырно-мочеточниковом рефлюксе

Название операций	Количество операций				
	степени ПМР				итого
	2-я	3-я	4-я	5-я	
По методу Н. А. Лопаткина		3			3
По методу Д. Д. Мурванидзе		2	1		3
По методу Бишофа	1	7	2		10
По методу Баси		1			1
По методу Хутча		7	5		12
По методу Политано—Ледбеттера		4	10	2	16
По методу Рикарди		1	2		3
Уретерокутанеостомия			4	4	8
Нефроуретерэктомия			3	5	8
Всего	1	25	27	11	64

Результаты оперативного лечения оказались неудовлетворительными у 9 детей, у которых остался пузырно-мочеточниковый рефлюкс, хотя и менее значительный. У всех остальных оперированных ПМР не обнаружен при двукратном стационарном обследовании. Однако у 17 из них уже после операции наблюдались обострения пиело-

нефрита, по поводу которого всем детям было проведено антибактериальное лечение. 17 детям противорефлюксные операции были не показаны. У 8 из них, с двусторонним ПМР и тяжелой почечной недостаточностью; пришлось произвести уретерокатанеостомию, а у 8 с односторонним ПМР — удалить погибшую почку. Один ребенок умер в процессе подготовки к операции.

Таким образом, в возникновении пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей большую роль играет инфекция нижних мочевых путей и аномалия устьев мочеточников. Вторичный пиелонефрит развивается позднее восходящим путем. Разнообразные клинические проявления ПМР заставляют подвергать рентгеноурологическому обследованию даже при нормальных результатах общих анализов мочи всех детей с дизурией, энурезом, болями в животе, эпизодической лихорадкой, пониженной упитанностью, рвотой, неустойчивым стулом и другими признаками интоксикации. Своевременная диагностика и патогенетическое лечение позволяют предупредить тяжелые осложнения и ликвидировать пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я., Пугачев А. Г., Ознобишин В. Н. Урол. и нефрол. 1973, 6. — 2. Мурванидзе Д. Д. Там же, 1972, 1. — 3. Ческис А. Л., Виноградова В. И. Вестн. хир., 1973, 8. — 4. Bishoff P. F., Kollermann M. W. J. Urol., 1972, 107, 1. — 5. Cass A. S., Ireland G. W. Ibid., 1972, 107, 3. — 6. Cendrom J. J. Urol. Nephrol., 1966, 72, 153. — 7. Heikel P. E., Parkkulainen K. V. Ann. Radiol., 1966, 9, 1—2. — 8. Hutch J. A. J. Urol., 1961, 86, 2. — 9. Kollermann M., Wand Ludwig H. Z. Kinderheilk., 1967, 100, 185. — 10. Jones P. F. Brit. J. Urol., 1977, 49, 7.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 615.37:616.62—006.6—089

ИММУНОСТИМУЛЯЦИЯ И ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А. В. Строцкий, Н. А. Григорович

Кафедра урологии (зав.— проф. В. А. Мохорт) Белорусского ГИУВА

Реферат. У 32 из 49 больных с опухолями мочевого пузыря выявлено снижение иммунитета, более выраженное у больных с опухолями в стадии T₄. У 12 больных проведена неспецифическая иммуностимуляция вакциной БЦЖ за 12—30 сут до химиолучевого лечения. У 6 из них благодаря этому несколько повысился уровень неспецифической системы иммунитета и снизился иммунодепрессивный эффект химиолучевого лечения. 5 больным с далеко зашедшими стадиями рака мочевого пузыря проведена неспецифическая иммунотерапия вакциной БЦЖ по Торису. У 2 из них наблюдалось субъективное, а у 1 — объективное улучшение. Результаты исследования дают основание считать целесообразным применение иммуностимуляции в комплексном лечении больных раком мочевого пузыря. Необходима дальнейшая разработка показаний и схем иммунотерапии у больных с далеко зашедшими стадиями болезни.

Ключевые слова: опухоли мочевого пузыря, вакцина БЦЖ.
Библиография: 12 названий.

Применение комбинированных методов лечения больных раком мочевого пузыря позволило в некоторой степени уменьшить частоту рецидивов и увеличить продолжительность жизни. По данным Л. С. Ерухимова (1975), рецидивы после одного лишь хирургического лечения наблюдались у 76,7% больных раком мочевого пузыря, а после комбинированного — у 59,5%. Между тем приходится отметить, что специфические химиотерапевтические препараты для лечения опухолей мочевого пузыря отсутствуют, а высокая токсичность существующих ограничивает их применение.

При опухолях мочевого пузыря развивается иммунодепрессия, а хирургическое и лучевое лечение, химиотерапия еще больше усугубляют ее. Наблюдающееся при этом снижение деятельности лимфоидной ткани и костного мозга сопровождается уменьшением способности развивать иммунные реакции клеточного и гуморального типа [2, 5, 9]. Поэтому изучение системы иммунитета при опухолях различных локализаций, в том числе и мочевого пузыря, имеет большое значение в понимании патогенеза опухолевого роста и развития рецидивов. Ряд авторов указывает, что с увеличением массы опухоли и по мере ее распространения происходит нарастание недостаточности иммунной системы. Кроме того, определение у онкологических больных состояния иммунитета важно как для планирования рациональной подготовки к ком-