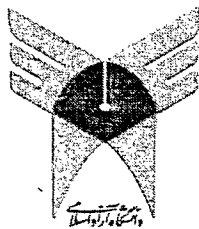


١٤٠٩٩٧



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران پزشکی

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع:

بررسی همراهی ریفلاکس گاستروازوفژیال با ریفلاکس
وزیکواورترال در شیرخوران مبتلا به عفونت ادراری در طی یک
سال (۸۶-۸۷) در بیمارستان مفید تهران

استاد راهنما:

دکتر معصومه همت یار

استاد مشاور:

دکتر رضا دلیرانی

نگارش:

ستاره شرزه ئی

شماره پایان نامه: ۴۱۸۰

سال تحصیلی: ۱۳۸۷

۱۳۸۹/۶/۲

ادوات مدرک علمی بیلد
تمت در آن

۱۴۰۹۹۷

تقدیم به پدر و مادر عزیزیم

به پاس تعبیر عظیم و انسانی شان از کلمه ایثار و از خود گذشتگان

به پاس عاطفه سرشار و گرمای امیدبخش وجودشان که در این سردترین روزگاران
بهترین پشتیبان است

و به پاس محبت های بی دریغشان که هرگز فروکش نمی کند

و تقدیم به برادر عزیزم

که در تمام مراحل زندگی حامی و پشتیبان من بوده است

با تشکر از

استاد عزیز و ارجمند سرکار خانم دکتر معصومه همتیار

و

جناب آقای دکتر رضا دلیرانی

که من را در تهیه و تنظیم این پایان نامه یاری فرمودند.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱	چکیده فارسی
۳	مقدمه
۷	اهداف
۲۷	مواد و روشها
۳۰	نتایج
۳۲	جدول
۷۳	بحث و نتیجه گیری
۷۸	چکیده انگلیسی
۸۰	منابع
۸۳	پرسشنامه
۸۵	جدول متغیرها

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۳۲	جدول ۱: توزیع جنسی بیماران
۳۲	جدول ۲: خصوصیات سنی بیماران
۳۲	جدول ۳: توزیع بیماران از نظر شکل مراجعه
۳۳	جدول ۴: توزیع بیماران از نظر استفراغ در هنگام مراجعه
۳۳	جدول ۵: توزیع بیماران از نظر کاهش وزن در هنگام مراجعه
۳۳	جدول ۶: توزیع بیماران از نظر بی اشتهایی در هنگام مراجعه
۳۳	جدول ۷: توزیع بیماران از نظر تب در هنگام مراجعه
۳۴	جدول ۸: خصوصیات وزنی بیماران
۳۴	جدول ۹: خصوصیات سن حاملگی مادران بیماران
۳۴	جدول ۱۰: توزیع بیماران از نظر زمان تولد
۳۵	جدول ۱۱: توزیع بیماران از نظر نوع تغذیه
۳۵	جدول ۱۲: توزیع بیماران از نظر کشت ادراری
۳۶	جدول ۱۳: خصوصیات کشت ادراری بیماران از نظر نوع باکتری
۳۶	جدول ۱۴: توزیع بیماران از نظر وزیکواورترال ریفلاکس
۳۶	جدول ۱۵: توزیع بیماران از نظر شدت وزیکواورترال ریفلاکس
۳۷	جدول ۱۶: توزیع بیماران از نظر گاستروازوفازیال ریفلاکس
۳۷	جدول ۱۷: توزیع بیماران از نظر شدت گاستروازوفازیال ریفلاکس
۳۸	جدول ۱۸: ارتباط استفراغ با هر دو بیماری
۳۸	جدول ۱۹: ارتباط کاهش وزن با هر دو بیماری
۳۸	جدول ۲۰: ارتباط کاهش اشتها با هر دو بیماری
۳۹	جدول ۲۱: ارتباط تب با هر دو بیماری
۳۹	جدول ۲۲: ارتباط زمان تولد با هر دو بیماری
۳۹	جدول ۲۳: ارتباط نوع تغذیه با هر دو بیماری
۴۰	جدول ۲۴: ارتباط کشت ادراری با هر دو بیماری
۴۰	جدول ۲۵: ارتباط نوع میکرو ارگانیسم با هر دو بیماری
۴۲	جدول ۲۶: میانگین سن، تب، وزن کنونی، وزن زمان تولد و سن حاملگی در مادران با و بدون بیماری وزیکواورترال ریفلاکس
۴۲	جدول ۲۷: میانگین سن، تب، وزن کنونی، وزن زمان تولد و سن حاملگی در مادران با و بدون بیماری گاستروازوفازیال ریفلاکس
۴۳	جدول ۲۸: میانگین سن، تب، وزن کنونی، وزن زمان تولد و سن حاملگی در مادران با و بدون هر دو بیماری
۴۳	جدول ۲۹: ارتباط وزن زمان تولد با هر دو بیماری
۴۴	جدول ۳۰: ارتباط جنسیت با هر دو بیماری
۴۴	جدول ۳۱: ارتباط یک طرفه یا دو طرفه بودن ریفلاکس با هر دو بیماری
۴۵	جدول ۳۲: ارتباط شدت وزیکواورترال ریفلاکس با هر دو بیماری
۴۵	جدول ۳۳: ارتباط شدت گاستروازوفازیال ریفلاکس با هر دو بیمار
۴۵	جدول ۳۴: فراوانی هر دو بیماری با هم

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

۴۶	منحنی ۱: توزیع جنسی بیماران
۴۷	منحنی ۲: توزیع سنی بیماران
۴۸	منحنی ۳: توزیع بیماران از نظر ارجاع به بیمارستان
۴۹	منحنی ۴: نمودار استقراغ در بیماران
۵۰	منحنی ۵: نمودار کاهش وزن در بیماران
۵۱	منحنی ۷: نمودار تب در بیماران
۵۲	منحنی ۸: نمودار وزن کنونی بیماران
۵۳	منحنی ۹: نمودار وزن زمان تولد بیماران
۵۴	منحنی ۱۰: نمودار سن حاملگی مادران بیماران
۵۵	منحنی ۱۱: نمودار توزیع نوع تغذیه در بیماران
۵۶	منحنی ۱۲: نمودار توزیع نوع میکروارگانیزم در بیماران
۵۶	منحنی ۱۳: نمودار فراوانی وزیکو اورترال ریفلاکس در بیماران
۵۷	منحنی ۱۴: نمودار شدت وزیکو اورترال ریفلاکس در بیماران
۵۸	منحنی ۱۵: نمودار دوطرفه یا یکطرفه بودن ریفلاکس در بیماران
۵۹	منحنی ۱۶: نمودار فراوانی گاستروازوفازیال ریفلاکس در بیماران
۶۰	منحنی ۱۷: نمودار همراهی دو بیماری در بیماران
۶۱	منحنی ۱۸: نمودار ارتباط جنسیت در همراهی دو بیماری
۶۲	منحنی ۱۹: نمودار ارتباط استقراغ در همراهی دو بیمار
۶۳	منحنی ۲۰: نمودار ارتباط کاهش وزن در همراهی دو بیمار
۶۴	منحنی ۲۱: نمودار ارتباط کاهش اشتها در همراهی دو بیمار
۶۵	منحنی ۲۲: نمودار ارتباط تب در همراهی دو بیمار
۶۶	منحنی ۲۳: نمودار ارتباط وزن زمان تولد در همراهی دو بیمار
۶۷	منحنی ۲۴: نمودار ارتباط سن حاملگی مادران بیماران در همراهی دو بیمار
۶۸	منحنی ۲۵: نمودار ارتباط نوع تغذیه در همراهی دو بیمار
۶۹	منحنی ۲۶: نمودار ارتباط نوع ارگانیزم در همراهی دو بیمار
۷۰	منحنی ۲۷: نمودار ارتباط شدت وزیکو اورترال ریفلاکس در همراهی دو بیمار
۷۱	منحنی ۲۸: نمودار یکطرفه یا دو طرفه بودن ریفلاکس در همراهی دو بیمار
۷۲	منحنی ۲۹: نمودار ارتباط شدت گاستروازوفازیال ریفلاکس در همراهی دو بیمار

بررسی همراهی ریفلاکس گاستروازوفازیال با ریفلاکس وزیکواورترال در شیرخواران مبتلا به عفونت ادراری در طی یکسال (۸۶-۸۷) در بیمارستان مفید تهران

شماره دانشجویی: ۷۹۴۱۴۹۵۲
استاد مشاور: دکتر رضا دلیرانی

نگارش: ستاره شرزده ئی
استاد راهنما: دکتر معصومه همت یار

شماره پایان نامه: ۴۱۸۰

کد پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۵۲۱۷۶

چکیده:

زمینه: ریفلاکس ادراری بیماری نسبتاً شایعی در شیرخواران است. کودکان مبتلا به ریفلاکس ادراری به طور شایع علائم مختلف عمومی یا گوارشی مانند تهوع، استفراغ، بی اشتها، و کاهش وزن دارند. این علائم در بیماریهای گوارشی مثل ریفلاکس معدی مری مشاهده می شود. این فرضیه که اختلال ژنرالیزه در مکانیسم آنتی ریفلاکس اسفنکترها می تواند در همراهی این دو بیماری با هم نقش داشته باشد مطرح می باشد.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی همراهی VUR و GER در شیرخواران مبتلا به عفونت ادراری انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی طی یک سال (آبان ۸۶ تا آبان ۸۷) بر روی شیرخواران کمتر از یک سال که به علت عفونت ادراری در بیمارستان مفید تهران بستری بودند، انجام شد. در این شیرخواران VCUg جهت بررسی VUR و سونوگرافی معده جهت بررسی GER صورت پذیرفت. بدین منظور پرسشنامه هایی جهت تعیین و بررسی متغیرهای مورد نظر تدوین و تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS و رسم جداول فراوانی و آزمونهای t و chi-square تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: در ۴۳ شیرخوار مبتلا به عفونت ادراری که تحت VCUg و سونوگرافی معده قرار گرفته بودند شیوع VUR ۵۵/۸ درصد، شیوع GER ۴۸/۸ درصد و همراهی این دو بیماری با هم ۳۹/۵ درصد بود. ارتباط معنی داری بین همزمانی دو ریفلاکس با هیچ یک از تظاهرات بالینی، جنسیت، وزن، نوع ارگاناسم، نوع تغذیه و شدت ریفلاکس مشاهده نشد.

نتیجه گیری: احتمال همراهی VUR و GER بالا است. بنابراین علیرغم درمان در صورت ادامه علایمی مثل استفراغ، بی اشتها، عدم وزن گیری در شیرخواران مبتلا به VUR، احتمال همراهی با GER در نظر گرفته شود و بررسیهای لازم جهت تشخیص و درمان آن صورت پذیرد.

کلمات کلیدی: GER، VUR، عفونت ادراری، شیرخوار

مقدمه

VUR (Vesicoureteral Reflux) جریان غیر طبیعی ادرار از مثانه به قسمت فوقانی مسیر ادراری را می گویند. VUR اولیه یک شرایط مادرزادی است که نتیجه ناکافی و ناکارآمد بودن مکانیسم valvular و نقص عضو طولی قسمت ساب موكوزال است. نوزادان و کودکان معمولاً با علائم غیر اختصاصی مربوط به UTI مراجعه می کنند. این علائم شامل تب، لتارژی، آنورکسی، تهوع، استفراغ، Failure to thrive می شود. VUR در کمتر از ۱ درصد کودکان سالم دیده میشود. تنوع آن بستگی به نژاد و کشور محل زندگی دارد. در ضمن ریفلاکس در دختران سفید پوست همراه با UTI به نسبت دختران سیاه پوست با UTI بیشتر است. (۹)

VUR دوران نوزادی به طور مشخصی بین دختران و پسران دارای تفاوتی است. در پسرها معمولاً ریفلاکس شدیدتر و دو طرفه که همراه با صدمات کلیوی در ۳۰ درصد موارد بدون شرح حال قبلی از UTI (عفونت ادراری) می باشد. در دختران درجه ریفلاکس معمولاً خفیف تا متوسط می باشد و معمولاً با صدمات کانونی (منطقه ای) در کلیه بیشتر در سنین بالاتر که ریفلاکس دارند دیده می شود. (۱۳)

کودکان با وزیکواورترال ریفلاکس به عنوان بیماران با ریسک بالا از نظر عفونت ادراری طبقه بندی می شوند. به طور کلی درمان آنتی بیوتیکی باید در اولین فرصت آغاز شود. گسترش عفونت ادراری نیز یک مسئله مهم در نوزادان با ریفلاکس شدید می باشد هر چند که گروه زیادی از این نوزادان عودهای UTI را ندارند. همچنین در تحقیقات نشان داده شده است که عودهای مکرر عفونت های ادراری مشکل اصلی نوزادان پسر با ریفلاکس در سال اول زندگی است ولی در کودکان پسر بالای یک سال شیوع آن به صفر می رسد. در دختران در سال اول زندگی عودهای مکرر عفونت ادراری تقریباً پایین است ولی در طی پیگیری های بعدی و در سنهای بالاتر میزان آن افزایش پیدا می کند. (۱۳)

(۱) درمان دارویی: درمان آنتی باکتریال طولانی مدت که معمولاً بی خطر و قابل تحمل برای کودکان است که شامل تریمتوپریم-سولفامتاکسازول یا نیتروفوانتین-سولفامتاکسازول درمانهای انتخابی آنتی باکتریال هستند.

(۲) درمان جراحی: در ۹۵٪ موارد ترمیم VUR موفقیت آمیز است (۹)

عفونتهای دستگاه ادراری شایع ترین بیماری ادراری تناسلی در دوران کودکی هستند. در ماه اول زندگی بیماران مبتلا به UTI را بیشتر جنس مذکر تشکیل می دهند. نسبت جنسیت از ماه دوم تا بلوغ به جنس مونث تغییر می کند. نزدیک به ۷۵ درصد زیر ۳ ماه همراه با باکتری اوری جنس مذکر هستند در مقابل این میزان به ۱۰ درصد در بین ۳ تا ۸ ماه می رسد. عوامل مستعد کننده عفونت ادراری شامل موارد زیر می باشد:

کوتاهی پیشابراه در دخترها، پسرهای ختنه نشده، انسداد جریان ادراری و استاز ادراری از ریسک فاکتورهای مهم در ایجاد عفونت ادراری است که می تواند نتیجه ساختارهای آناتومیک غیر نرمال، نفرولیتیاژیس، تومورهای کلیه، انسداد ureteropelvic junction و غیره . VUR چه به صورت اولیه (در ۷۰ درصد موارد) یا ثانویه به انسداد مجاری ادراری می تواند بیمار را مستعد عفونت مزمن یا اسکار کلیه کند.

علائم عفونت ادراری در نوزادان معمولاً با اختلال رشد، مشکلات تغذیه ای، اسهال، استفراغ، تب و هیپربیلیروبینی تظاهر می کند. همچنین می تواند به صورت گاسترواینستینال، مثل کولیک تحریک پذیری و جیغهای دوره ای تظاهر می کند. شایع ترین باکتری به دست آمده از کودکان علامت دار و بدون علامتی که برای اولین بار دچار UTI شده اند، در هر سن و از هر جنس E_coli است. ارگانیسهای دیگر نظیر کلبسیلا، پرتئوس، انتروکوک ها، و استافیلوکوک ها بیشتر در صورت وجود انسداد یا ناهنجاریهای ادراری شایع ترند. تشخیص عفونت ادراری از طریق کشت ادراری مثبت در ادرار گذاشته شده است و پیدا کردن هر باکتری در ادرار تهیه شده از طریق

سونداژ مثانه یا پونکسیون سوپرا پوبیک مثانه دال بر عفونت است. UTI باید سریعاً درمان شود. نوزادان ۱۰ تا ۱۴ روز درمان با آنتی بیوتیک تزریقی می خواهند چرا که در اینان عفونت ادراری غالباً با باکتری می همراه است. رایج ترین درمان با آمپی سیلین یا تری متوپریم- سولفامتاکسازول است. در کودکان با تب بالا و یا دیگر علائم پیلونفریت حاد غالباً بستری و تحت درمان آنتی بیوتیک تزریقی مانند سفوتاکسیم قرار می گیرند. بیماران با علائم توکسیک تحت درمان با آنتی بیوتیک تزریقی مانند سفوتاکسیم و جنتامایسین (یا سایر آمینوگلیکوزیدها) قرار می گیرند.

بهترین زمان ارزیابی رادیولوژیک پس از درمان مرحله حاد و با VCUG است. بهتر است درمان پیشگیری را تا زمان کامل شدن پینگیری با VCUG ادامه داد.

درجه ۱ تا ۳ ریفلاکس در حدود ۱۳ درصد در هر سال تا ۵ سال اول درمان می شود. بعد از آن میزان درمان به ۳/۵ درصد در هر سال می رسد. درجه ۴ و ۵ ریفلاکس در هر سال ۵ درصد درمان پیدا می کند. ریفلاکس دو طرفه معمولاً آهسته تر نسبت به ریفلاکس یک طرفه درمان می شود. (۸)

در مطالعه ای که در لهستان توسط Kwiecien و همکاران در سال ۲۰۰۵ بر روی همزمانی VUR و GER شیرخواران مبتلا به FTT، استفراغ یا کاهش اشتها بر روی ۲۷ نوزاد زیر ۱۲ ماه نشان داد که همزمانی هر دو ریفلاکس شایع است. GER در ۴/۸ درصد کل بیماران و ۳/۳ درصد نوزادان با VCUG غیر طبیعی وجود داشت. شیرخواران مبتلا به VUR شدت بیشتری از GER داشتند. با توجه به احتمال وجود اختلال در مکانیسم اسفنکتر آنتی ریفلاکس ژنرالیزه یا احتمال وجود فاکتورهای ناشناخته دیگری مثل نقص در بافت کلاژن یا عوامل مادرزادی دیگر احتمال همراهی این دو ریفلاکس وجود دارد. (۱۰)

GER (Gastro Esophageal Reflux) به عنوان حرکات برگشتی بدون کوشش از معده به سمت ازوفاجوس یا اورو فارنکس است. علت وقوع آن به علت وجود

abnormality در منطقه LES (شل بودن بیش از اندازه یا کاهش فشار LES) می باشد.

GER در نوزادان بسیار شایع و در ۵۰ درصد نوزادان ۲۰ ماهه دیده شده است و در کودکان ۸ تا ۱۲ ماهه بسیار شایع است. (۱۶)

شروع گاستروازوفازیال ریفلاکس می تواند به علت تأخیر در تخلیه محتویات معده (به علت غذا خوردن زیاد، وزن زیاد، افزایش فشار داخل شکمی، گاستریت ایجاد شده پس از عفونت ویروسی) باشد. انقباض معده باعث تحریک مکانورسپتورهای دیواره معده نزدیک به کاردیا شده که این امر خود سبب ایجاد مکانیسم واگ_واگال می گردد که در نتیجه آن پیک کنترل عصبی غیر نرمال در LES بوسیله سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می شود. نتیجه عملکرد فوق باعث اختلال در موتیلیتی LES می گردد. این اختلال باعث افزایش شل شدن گذرای اسفنکتر تحتانی مری (TLESR) و اختلال در تونسیته پایه ای LES و ایجاد GER می شود (۱۵)

درمان GER به صورت روشهای زیر می باشد:

۱) روشهای conservative

۲) درمان دارویی

۳) درمان جراحی (۱۶)

با توجه به مطالب ذکر شده هدف از انجام این مطالعه به شرح زیر می باشد:

۱) تعیین همراهی دو بیماری GER و VUR در شیرخواران مبتلا به عفونت ادراری

۲) بررسی شاخصهای دموگرافیک مانند سن، جنس، وزن و فاکتورهای مانند سن حاملگی، نوع تغذیه که ممکن است در بروز این بیماری نقش داشته باشد.

۳) بررسی این نکته که برای آن دسته از نوزادان با VUR که درمان درمورد آنان موثر واقع نمی شود، بررسی بیماری GER تا چه حد ضروری و از چه ارزشی برخوردار است.

اهداف

هدف کلی: تعیین همراهی VUR و GER در شیرخواران مبتلا به عفونت ادراری

اهداف ویژه:

۱_ تعیین شیوع گاستروازوفازیتال ریفلاکس در شیرخواران مبتلا به عفونت

ادراری

۲_ تعیین شیوع گاستروازوفازیتال ریفلاکس در شیرخواران مبتلا به عفونت

ادراری با وزیکواورترال ریفلاکس

۳_ تعیین فراوانی سنی در شیرخواران با گاستروازوفازیتال ریفلاکس و

وزیکواورترال ریفلاکس

۴_ تعیین فراوانی سنی در شیرخواران با عدم همراهی دو بیماری

۵_ تعیین فراوانی جنسی در شیرخواران با گاستروازوفازیتال ریفلاکس و

وزیکواورترال ریفلاکس

۶_ تعیین فراوانی جنسی در شیرخواران با عدم همراهی دو بیماری

۷_ تعیین فراوانی تب در شیرخواران با گاستروازوفازیتال ریفلاکس و

وزیکواورترال ریفلاکس

۸_ تعیین فراوانی تب در شیرخواران با عدم همراهی دو بیماری

۹_ تعیین فراوانی استفراغ در شیرخواران با گاستروازوفازیتال ریفلاکس و

وزیکواورترال ریفلاکس

۱۰_ تعیین فراوانی استفراغ در شیرخواران با عدم همراهی دو بیماری

۱۱_ تعیین فراوانی بی اشتهایی در شیرخواران با گاستروازوفازیتال ریفلاکس و

وزیکواورترال ریفلاکس

۱۲_ تعیین فراوانی بی اشتهایی در شیرخواران با عدم همراهی دو بیماری

۱۳_ تعیین فراوانی سن حاملگی در شیرخوران با گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۱۴_ تعیین فراوانی سن حاملگی در شیرخوران با عدم همراهی دو بیماری

۱۵_ تعیین فراوانی وزن زمان تولد در شیرخوران با گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۱۶_ تعیین فراوانی وزن زمان تولد در شیرخوران با عدم همراهی دو بیماری

۱۷_ تعیین فراوانی نوع تغذیه در شیرخوران با گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۱۸_ تعیین فراوانی نوع تغذیه در شیرخوران با عدم همراهی دو بیماری

۱۹_ تعیین فراوانی نوع جرم در شیرخوران با گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۲۰_ بررسی ارتباط جنسیت در همراهی گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۲۱_ بررسی ارتباط علایم بالینی در همراهی گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۲۲_ بررسی ارتباط وزن زمان تولد در همراهی گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۲۳_ بررسی ارتباط سن حاملگی در همراهی گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

۲۴_ بررسی ارتباط نوع تغذیه در همراهی گاستروازوفازپال ریفلاکس و وزیکواورترال ریفلاکس

هدف کاربردی:

هدف کاربردی این مطالعه به شرح زیر است:

علائم بالینی وزیکواورترال ریفلاکس و گاستروازوفازیال ریفلاکس مشابهت دارد. لذا در صورت بالا بودن احتمال همراهی این دو ریفلاکس، در صورت ادامه علائم بالینی در بیماران مبتلا به وزیکواورترال ریفلاکس، باید از نظر وجود گاستروازوفازیال ریفلاکس بیمار بررسی نمود.

تحقیقات انجام شده در مورد این دو بیماری

در این قسمت به بررسی مطالعات انجام شده اختصاص دارد. متأسفانه در زمینه این بیماری تحقیقات چندانی در جهان صورت نپذیرفته است. لذا در این پایان نامه سعی گردیده است از کلیه پژوهشهایی که در دسترس نگارنده بوده است استفاده گردد.

۱- تحقیقی توسط Kwiecien و همکارانش (۲۰۰۵) در لهستان بر روی همزمانی VUR و GER در مورد شیرخواران انجام شده است. VUR به عنوان یک اختلال شایع در نوزادان و کودکان به طور معمول علائم مختلف عمومی یا گوارشی را نشان می دهد که به همراه GER ریفلاکس تشدید شده تظاهر میکند. این مقاله نشان میدهد که ممکن است نوزادان مبتلا به هر دو بیماری به صورت همزمان به علت وجود این فرضیه که نقص عمومی در اسفنکتر آنتی ریفلاکس وجود دارد باشد.

هدف از این تحقیق تشخیص شیوع همراهی VUR و GER در نوزادانی است که با FTT و استفراغ و کاهش اشتها به بیمارستان مراجعه کرده اند.

علاوه بر این، در این تحقیق طول LES در کودکان که با VUR و بدون VUR بوده اند اندازه گیری شده است. روش انجام (آنالیز رترواسپرکتیو) به این صورت بوده است که وضعیت ۲۷ نوزاد زیر دوازده ماه که به علت عدم افزایش وزن، استفراغ و کاهش اشتها مراجعه کرده اند بررسی شد و در کلیه نوزادان مورد بررسی PH Monitoring ۲۴ ساعته و سنوگرافی ثبت گردید. به علاوه طول LES با استفاده از متد اولتراساند اندازه گیری شده است. نتایج حاصله حاکی از آن است که VUR در ۱۲ نوزاد دیده شده (۴/۴ درصد) و GER نیز در ۶ کودک (۲۲/۲ درصد) مشاهده شده است. همراهی VUR و GER در ۴ کودک مشاهده شده است که معادل ۴/۸ درصد کل جمعیت مورد مطالعه و ۳۳/۳ درصد افرادی که سنوگرافی غیر طبیعی داشته اند، بوده است. در نوزادان مبتلا به VUR، بیماری GER در تعداد بیشتری از آنها به صورت تشدید شده مشاهده گردیده است. در بیماران VUR با درجه بالا میزان غیر طبیعی بودن نتایج PH Monitoring بیشتر بوده است. میانگین

طول LES تفاوت معنی داری در بین دو گروه نداشته است. نتیجه گیری کلی نشان میدهد که نوزادان با عدم افزایش وزن و یا دیگر نشانه های غیر اختصاصی گوارشی نیاز به تشخیص GER تشدید شده به همان نسبت VUR را دارند و همراهی این دو ریفلکس تقریباً شایع است. (۱۰)

Williams_۲ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی در استرالیا VUR را به صورت جریان غیر طبیعی ادرار از مثانه به کلیه تعریف نموده اند که در کودکان شایع و تقریباً ۳۰ درصد آنان با UTI که پس از انجام VCUG در آنها، VUR تشخیص داده شده است. در اکثر این کودکان VUR به طور خود بخودی از بین میرود. ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها به طور مجدد دچار عفونت می شوند ولی عده کمی از آنها نیز دچار شکل های طولانی مدت کلیه را تجربه می کنند. VUR از طریق اختلال و علایم پیچیده مسیرها و تفاوت سلولی ظهور می کند. این مکانیسم احتمالاً ژنتیکی است ولی می تواند تحت تاثیر محیط نیز باشد. تجلی فنوتیپ ها در VUR متنوع است و می تواند دامنه آن به صورت فرمهای بدون علایم یا بیماریهای شدید پاراننشیم کلیه و بیماریهای end-stage باشد. VUR معمولاً به صورت فامیلیال ولی از نظر ژنتیکی هتروژن است ولی در روش به ارث رسیدن و به اینکه کدام ژن یا تعدادی از ژنها مرتبط است. به طور نسبی مفید بودن این مطالب به درک ژنتیک های به کار رفته VUR به خاطر کوچک بودن نمونه ها، متودولژی ضعیف و طیف مختلف از بیماران معمولاً محدود است. بررسی و اداره کردن کودکان مبتلا VUR هنوز به صورت جدالی در جریان است بدین دلیل که هیچگونه شواهد قوی مبتنی بر اینکه درمان آنتی بیوتیکی به صورت پروفیلاتیک یا مداخله های جراحی نتایج را بهتر میکند وجود ندارد. علاوه بر اینکه مطالعاتی که از یک چارچوب منسجم و جامع برخوردار بوده و در زمینه اپیدمیولوژیکال ژنتیک بر روی فنوتیپ VUR تمرکز دارند ممکن است در مشخص کردن راههای اتفاقی و یا شناختن فاکتورهای قابل اصلاح و فاکتورهای قابل پیش بینی در بیماریها کمک کند. به طور خلاصه نتیجه کلی این مقاله حاکی از آن است که

VUR یک بیماری ژنتیکی است که ممکن است تحت عوامل مختلفی نیز قرار گیرد که با شناختن بهتر فنوتیپها و ژنهای بیماری میتوان کمک بیشتری در درمان این بیماری کرد و تنها به تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاتیک و جراحیها مداخله گر اکتفا ننمود. (۱۷)

۳_ Baka-Ostrowsk (۲۰۰۸) در لهستان ارتباط بین وزیکواورترال ریفلاکس و عفونتهای ادراری را مورد مطالعه قرار دادند:

با درک و شناخت نقش موقعیت یورودینامیک در مثانه در VUR، رابطه علت- معلولی بین VUR و UTI در کودکان تغییر کرده است. UTI خود به تنهایی باعث بوجود آمدن VUR نمی شود، بلکه توأم با آن اختلال در دفع ادرار نیز در بوجود آمدن VUR موثر است. اختلال در دفع ادرار نه تنها باعث انسداد مجاری ادراری به صورت فانکشنال شده، بلکه سبب افزایش فشار داخل مثانه ای در هنگام جمع آوری و خروج ادرار و همراهی آن با باقیمانده ادراری می شود. هنگامی که فشار داخل مثانه ای بیشتر از فشار باز کننده میزنای شود VUR اتفاق می افتد و UTI نیز به دنبال استاز ادراری ایجاد می شود. قابل توجه است که فشار بالای خروج ادرار همراه با ۹۰ درصد VUR در نوزادان می باشد. اگر این اختلال عملکرد مثانه یک فاکتور اساسی در ایجاد VUR باشد، درمان این بیماری باید بر حذف این اختلال عملکرد متمرکز گردد. تزریق اندوسکوپی به صورت زیر میزنای (Subureteric) میتواند به عنوان درمان اضافه به خصوص در زمینه کاهش عود UTI به همراه تب موثر باشد. به طور کلی VUR ناشی از اختلال عملکرد مثانه بیان می شود که به همراه آن استاز ادراری نیز باعث ایجاد UTI میگردد. این امر باعث ایجاد بیماری در ۹۰ درصد نوزادان می باشد و درمان این بیماران عمدتاً بر روی این مشکل متمرکز می باشد. (۱)

۴_ Sretenovic و همکاران (۲۰۰۸) در بلغراد GERD (بیماری گاستروازوفازیال ریفلاکس) شایعترین اختلال مری و یکی از رایجترین دلایلی است که نوزادان را به

متخصصین اطفال ارجاع می دهند. طرز نمود GERD در نوزادان و کودکان تقریباً متنوع و تظاهرات گوارشی و خارج مروی در بین تک تک بیماران متفاوت است و با تغییر سن ممکن است تغییر کند. بیماران ممکن است با حداقل تظاهرات، این بیماری را داشته یا ممکن است علایم شدید را به صورت ازوفاژیت شدید، خونریزی، مشکلات تغذیه، یا مشکلات تنفسی شدید تظاهر پیدا کند. ناهنجاریهای متفاوت در motility های مختلف مانند عملکرد (Lower Esophageal Sphincter) LES، پرستالتیسم مری، فعالیت موتور گاستریک، می تواند توأم با پیشرفت GERD باشد. میزان اسید مری میتواند به عنوان کلید اصلی در پاتوژنز بیماری دانست. PH Monitoring که اساس آن بر مشخص کردن اپیزودهای ریفلاکس اسید و اندازه گیری مدت و تکرار اسید می باشد به عنوان حساسترین و اختصاصی ترین روش برای تشخیص ریفلاکس قلمداد می گردد. (۱۴)

۵_ Cleper و همکاران (۲۰۰۴) در اسرائیل در تحقیقی تحت عنوان " شیوع وزیکو اورترال در نوزادان با عفونت ادراری"، عفونت ادراری به عنوان شایع ترین عفونت حاد باکتریال در بین شیر خواران و کودکان را مورد بررسی قرار دادند. شیوع UTI در دوران کودکی ۷/۸ درصد در دختران و ۱/۶ درصد در پسران ذکر شده است. در نوزادان UTI در پسران شایع تر و غالب تر و در حدود ۲/۵ تا ۶ درصد است و بعد از ۶ ماهگی این نسبت برعکس می شود و UTI در دختران شایع تر می شود. عفونت ادراری می تواند اولین نشانه در آنومالی های دستگاه ادراری باشد. VUR در ۲۵ تا ۴۰ درصد کودکانی که در اولین مراجعه با UTI بررسی می شود دیده میشود. در نوزادان این عدد به ۳۰ تا ۵۰ درصد می رسد. VUR اولیه در نبود علایم باکتری می مضر نمی باشد و عفونت پارانشیمال کلیه لازمه آسیب اکتسابی ناحیه کورتیکال کلیه است. با این حال VUR ممکن است به باکتریها اجازه صعود به بالا و ورود به کلیه ها را بدهد که در بعضی اوقات همراه با دیگر آنومالیهای انسدادی اورولژیک می باشد. این امر می تواند پیش در آمد پیلونفریت یا آسیب کلیه باشد.