

УДК 616.6-002-053.2-07-085-084

Юнусов Дилшод Муминович.

*Кафедра пропаевка детские болезни и
поликлинической педиатрии*

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Резюме: В статье кратко изложены современные сведения об эпидемиологии, этиологии и патогенезе, а также особенности клинических проявлений, методы и критерии диагностики пиелонефрита у детей.

Подробно описана клиничко-лабораторная и инструментальная характеристика пиелонефрита у детей. Всесторонне освещены вопросы лечения пиелонефрита в детском возрасте.

Ключевые слова: мочеполовая система, диагностика, лечение, дети.

Yunusov Dilshod Muminovich.

*Department of Propaedeutics of Children's Diseases and
Polyclinic Pediatrics*

Andijan State Medical Institute

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF URINARY SYSTEM INFECTION IN CHILDREN

Resume: The article summarizes current information about epidemiology, etiology and pathogenesis, as well as features of clinical manifestations, methods and criteria for the diagnosis of pyelonephritis in children.

The clinical, laboratory and instrumental characteristics of pyelonephritis in children are described in detail. The issues of pyelonephritis treatment in childhood are comprehensively covered.

Keywords: genitourinary system, diagnosis, treatment, children

Актуальность проблемы. Инфекция мочевой системы (ИМС) является глобальной проблемой педиатрии[4,5]. Ее распространенность

составляет 18-26 случаев на 1000 детей в год, наибольшая заболеваемость отмечается у детей первого года жизни. ИМС заболевают 2% мальчиков и 8% девочек первых 6 лет жизни, в младшем школьном возрасте - 7,8% девочек, 1,6% мальчиков. Частота рецидивов достигает 30% в течение первого года заболевания и 50% - в последующие 5 лет. Обструктивные уropатии, осложненные пиелонефритом (ПиН), являются причиной 43% случаев хронической почечной недостаточности у детей 0-17 лет.

Определение. Термин «ИМС» объединяет группу заболеваний, характеризующихся ростом бактерий в мочевой системе, и включает в себя ПиН, цистит, уретрит и асимптоматическую бактериурию[1]. Постановка диагноза ИМС возможна только на начальных этапах обследования, когда выявляются изменения в моче (лейкоцитурия и бактериурия), но нет указаний на локализацию воспалительного процесса[3]. В дальнейшем такие дети требуют полноценного нефроурологического обследования и определения уровня поражения органов мочевой системы, после чего устанавливается более точный диагноз (цистит, ПиН и т.д.).

В связи с широкой распространенностью ХрЦ с этой патологией приходится сталкиваться врачам различных специальностей, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях[2]. Поэтому поиск новых схем внутрипузырной терапии, дифференцированный подход к выбору вводимых препаратов на основании особенностей клиники и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования у конкретного больного, страдающего ХрЦ, представляются нам весьма актуальными[3].

Цель исследования: разработать дифференцированный подход при лечении хронических циститов у детей на основании выделения клинико-эндоскопических вариантов.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование, наблюдение и лечение 163 девочек, страдающих хроническим циститом, на базе АОДБ, отделении нефрологии.

В исследование были включены дети 4-16 лет, страдающие ХрЦ, подтверждённым эндоскопически, не имеющие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Пациенты имели стаж заболевания от 2 до 5 лет. Терапия, проводимая им по месту жительства (введение пероральных и парентеральных уроантисептиков, инсталляции антисептических, иммуномодулирующих и стимулирующих репарацию препаратов) по поводу ХрЦ, не имела стойкого эффекта.

Результаты собственных исследований: Результаты международного многоцентрового исследования антибиотикорезистентности неосложненных ИМС, вызванных кишечной палочкой, AREST (2008-2009) представлены в табл. 1.

Атипичная флора (хламидии трахоматис, уреоплазма и микоплазма), по мнению большинства авторов, способна вызвать урогенитальные заболевания на дистальном уровне (уретрит, вульвит, вульвовагинит, баланопостит), но не может быть этиологическим фактором ПиН.

Острый и хронический цистит – наиболее частые проявления ИМС у детей. Цистит редко встречается у новорожденных и грудных детей, основной пик заболеваемости приходится на возраст от 4 до 13 лет. Острый неосложненный цистит у девочек диагностируется в 6 раз чаще, чем у мальчиков. Заболевание у девочек часто появляется вскоре после нарушений гигиены или острой инфекции в половой сфере. Начало острого цистита нередко связано с переохлаждением или возникает как осложнение инфекции другой локализации: острого респираторного заболевания, отита, гайморита, стоматита, тонзиллита и т.д.

Острый цистит характеризуется частыми и болезненными мочеиспусканиями, болями или дискомфортом в наружных половых

органах и внизу живота, иногда симптомами интоксикации. Нередко ухудшается сон, дети становятся вялыми, малоподвижными, вынуждены мочиться каждые 20-30 минут, их беспокоят резкие боли и выделения 1-2 капель крови в конце мочеиспускания. Внешне моча может быть мутной вследствие наличия в ней бактерий, слизи, слущенного эпителия, лейкоцитов, эритроцитов, имеет неприятный запах. Пальпация области мочевого пузыря резко болезненна. Симптомы интоксикации пропорциональны возрасту: чем младше ребенок, тем они очевиднее.

Хронический цистит у детей следует всегда относить к осложненной ИМС. Его особенностями у детей являются изолированность даже при значительной давности заболевания, склонность к рецидивирующему течению, преобладание общеклинической симптоматики. Слизистая оболочка мочевого пузыря имеет значительную устойчивость к инфекциям, и поэтому для возникновения цистита необходимы предрасполагающие факторы: аномалии и заболевания уретры и мочевого пузыря, затрудняющие нормальный акт мочеиспускания и полное опорожнение мочевого пузыря, нарушения кровообращения стенки мочевого пузыря.

Хронический цистит в сочетании с наиболее частой аномалией мочеточника – ПМР – способствует инфицированию почек и может привести к развитию рефлюкс-нефропатии. В связи с этим во всех случаях рецидивирования цистита показано полное урологическое обследование, которое начинают с малоинвазивных методов: записи ритма спонтанных мочеиспусканий, УЗИ мочевого пузыря и верхних мочевых путей с определением остаточной мочи, урофлоуметрии. При необходимости исследование дополняется микционной цистографией, уретроцистоскопией, калибровкой уретры, цистометрией и др.

Острый ПиН. Клинические проявления острого ПиН характеризуются преобладанием симптомов общего инфекционного

заболевания, к которому в последующем присоединяются и местные признаки.

Для детей первых лет жизни характерно малосимптомное течение с отказом от еды, срыгиваниями, уплощением весовой кривой, нарушением стула, повышенной возбудимостью, серой окраской кожных покровов, субнормальной температурой. У детей с врожденными пороками органов мочевой системы отмечается более яркая картина: субфебрильная температура, нарастание симптомов интоксикации, усиление неврологической симптоматики у ребенка с перинатальным поражением центральной нервной системы, появление пастозности тканей, дисфункция кишечника с патологической копрограммой. У части детей заболевание развивается бурно: постоянная или интермиттирующая лихорадка сочетается с нарастающей интоксикацией. Могут быть затемненное сознание, судороги, менингеальные симптомы, картина инфекционно-токсического шока. На высоте клинических проявлений заболевания у большинства детей отмечаются также расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта: отсутствие аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота, понос. Это приводит к быстрой дегидратации, нарастают признаки эксикоза: западает большой родничок, заостряются черты лица, снижается тургор кожи.

Несмотря на высокую температуру, кожа и видимые слизистые бледные. Могут быть проявления миалгии и артралгии, одышка, гепатоспленомегалия.

У детей старшего возраста «общееинфекционные» симптомы проявляются менее резко, нередко возможны «беспричинные» подъемы температуры на фоне обычного самочувствия. Для них характерна лихорадка с ознобом, симптомы интоксикации, постоянные или периодические боли в животе и поясничной области, положительный симптом поколачивания. Возможно течение ПИН под «маской» гриппа или

острого аппендицита. Локальная симптоматика представлена постоянными ноющими болями в поясничной области и/или животе, которые усиливаются при пальпации живота и/или почек или поколачивании по поясничной области. Расстройства мочеиспускания в виде поллакиурии и болезненных позывов наблюдаются в случаях, когда острый ПиН протекает на фоне острого или обострения хронического цистита. Суточный диурез обычно снижается в течение первых 2-3 дней.

Развитие инфекционного воспаления наиболее остро протекает на фоне нарушенной уродинамики – при полном или неполном блоке оттока мочи из почек или забросе инфицированной мочи из мочевого пузыря в чашечно-лоханочную систему почки при ПМР, при появлении гнойных осложнений – карбункула почки, апостематозного ПиН, папиллита. Температура повышается до фебрильных цифр или становится гектической. Это сопровождается проливными холодными потами и потрясающим ознобом. Больных беспокоят резкая общая слабость, головные и мышечные боли, отсутствие аппетита, тошнота, рвота.

Прогрессивно усиливаются, затем становятся постоянными боли в поясничной области, что связано с нарушением уро- и гемодинамики. Даже при поверхностной пальпации области почек отмечаются резкая болезненность, напряженность мышц. У многих детей наблюдается отечность мягких тканей в области позвоночно-реберного угла на стороне поражения.

При рецидивирующем течении степень выраженности основных синдромов (интоксикационный, болевой, расстройства мочеиспускания, мочевого, водно-электролитных нарушений) и общая клиническая картина напоминают манифестацию острого ПиН. Наиболее непредсказуемо латентное течение ПиН: отсутствие клинических проявлений не вызывает чувства тревоги не только у пациентов и их родителей, но и у врачей, в связи с чем не проводится патогенетически обоснованное лечение, что

способствует развитию необратимых изменений в почках – нефросклероза, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности.

Вывод. В общей структуре хронических циститов у детей ведущим этиологическим фактором является кишечная палочка (36%) Определена заинтересованность вирусов герпетической группы (цитомегаловируса и вируса простого герпеса 1 типа) в развитии гранулярного хронического цистита у детей.

У детей с хроническим циститом отсутствуют достоверные клинико-морфологические параллели между гранулярным и буллёзным хроническим циститом.

При первичном поступлении в клинику детей с подозрением на хронический цистит рекомендовано добавить в схему обследования цистоскопию с биопсией воспалительных элементов с последующей световой микроскопией полученного биоптата.

Применения сорбента энтеросгель в составе инстиллята является эффективным компонентом терапии в комплексном лечении хронических циститов у детей.

Эффективность лечения хронических циститов у детей повышается при дифференцированном подходе к их терапии с учётом характера возбудителя и морфологической картины заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Страчунский Л.С. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекции мочевой системы внебольничного происхождения.- М., 2002:21.

2. Майданник В.Г. Эффективность антибактериальной терапии пиелонефрита у детей по данным систематических обзоров и мета-анализа *Вопр. практической педиатрии.* 2009; 4(2):40-48.

3. Папаян А.В., Стяжкина И.С. Неонатальная нефрология.- СПб.: Питер, 2002:448.

4.Brady P.W., Conway P.H., Goudie A. Length of intravenous antibiotic therapy and treatment failure in infants with urinary tract infections. Pediatrics 2010; 126:196–203.

5. Lundstedt A.C., Leijonhufvud I., Ragnarsdottir B. et al. Inherited susceptibility to acute pyelonephritis: a family study of urinary tract infection. J Infect Dis. 2007; 195(8):1227-1234.