

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ

Н. Ф. Шапошникова, Т. Е. Заячникова, Л. М. Бражник

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра педиатрии и неонатологии ФУВ,
Волгоградская детская клиническая больница № 8*

В статье проведен анализ причин госпитализации в детское нефрологическое отделение Детской клинической больницы № 8 детей первого года жизни. Отмечен значительный рост госпитализаций в стационар детей раннего возраста для лечения и уточнения диагноза.

Ключевые слова: дети первого года, инфекция мочевых путей, ультразвуковое исследование, рентгеноурологическое обследование.

URINARY TRACT DISEASES IN THE FIRST YEAR OF A CHILD'S LIFE: CHARACTERISTICS AND COURSE OF URINARY TRACT INFECTIONS

N. F. Shaposhnikova, T. E. Zayachnikova, L. M. Brazhnik

The article analyzes the causes of hospitalization among children during the first year of life to nephrology department of the Volgograd children's hospital №8. The article highlights a significant increase in the number of hospitalizations for treatment goals and for the purpose of clarifying the diagnosis.

Key words: first year of a child's life, urinary tract infections, ultrasound, urological X-ray examination.

Инфекция мочевой системы является глобальной проблемой современной педиатрии. Распространенность пиелонефрита у детей в России составляет 18 на 1000 детского населения [2]. По данным мировой литературы, около 35 % детей после дебюта инфекции мочеполовых путей (ИМП) имеют рецидивы заболевания. Как правило рецидивы возникают у детей, имеющих аномалии органов мочевой системы, в первую очередь пузырно-мочеточниковый рефлюкс и нейрогенные дисфункции мочевого пузыря [4]. Диагностика заболеваний мочевыводящей системы может быть затруднена у детей раннего возраста, особенно первого года жизни. Диагностика во многом зависит от качественного получения проб мочи для анализов, а также качественного проведения ультразвукового исследования (УЗИ) мочевыводящей системы (МВС), что особенно затруднено у детей первых месяцев жизни. Дополнительные трудности возникают также из-за отсутствия унифицированных формуляров, характеризующих широкий клинический спектр ИМП [1]. В 2007 г. вышел приказ МЗ и СР РФ № 307 «Стандарт диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни», который предлагает проведение планового обследования детей, начиная с месячного возраста.

ства больных. В 2010 г. количество детей с заболеванием МВС выросло до 17,9 %, кроме того, впервые госпитализированных было 44 %, а 2013 г. детей до года было уже 19 %, из них впервые выявленных 81 %, что в абсолютном количестве составило 165 детей. Эта группа и была подвергнута анализу (табл.).

Общая характеристика участников исследования, %

Пациенты	До 6 мес.	6—12 мес.
Мальчики	46	39
Девочки	54	61

Выяснено, что заболевание МВС проявило себя в 44 % у детей до 3-месячного возраста. В связи с этим мы обратили внимание на преморбидный фон пациентов, госпитализированных в стационар. В основном преобладали дети от матерей до 30 лет. Половина детей от первой беременности, но у большинства женщин беременности протекала с патологией (рис. 1).

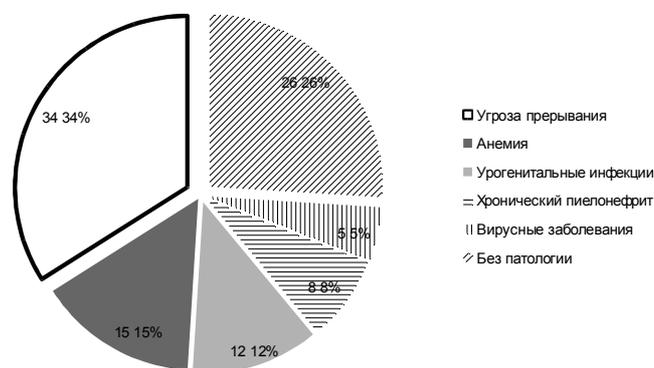


Рис. 1. Патология беременности

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ заболевания МВС у детей до года, впервые госпитализированных в детское нефрологическое отделение Детской клинической больницы № 8.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Метод основан на анализе данных отделения за 10 лет.

В 2004 г. количество детей первого года жизни с заболеванием МВС составило 9,7 % от общего количе-

Из анамнеза жизни пациентов также выяснено, что большинство детей имели нормальный вес при рождении, а 2/3 имели нормативные параметры физического развития на момент госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из анамнеза заболевания на догоспитальном этапе выяснено, что возраст выявления патологии МВС приходился в основном на детей до 3 месяцев — 44 %, с 3 до 6 мес. — 25 % и после 6 месяцев — 31 %.

Основной жалобой на догоспитальном этапе было изменение в анализах мочи, выявляемых чаще всего при диспансеризации в декретированные сроки, но при этом крайне редко детям с патологией мочевого осадка проводилось бактериологическое обследование мочи. Учитывая только результаты общих анализов мочи каждый третий ребенок на амбулаторном этапе получал antimicrobную терапию. В основном антибиотики, реже уросептики. Терапия подбиралась эмпирически, что не приводило к желаемому результату, то есть к санации мочевого синдрома.

Практически всем детям на догоспитальном этапе проводилось УЗИ МВС. Изменения на УЗИ выявлялись крайне редко, только у 5 % больных отмечены изменения в виде пиелозктазии и изменения размеров почек.

Как и на догоспитальном этапе в стационаре основной жалобой при поступлении были изменения в анализах мочи, но при правильном сборе анамнеза выяснялось, что каждый третий ребенок имел дизурические расстройства, чаще в виде учащения мочеиспускания, а каждый четвертый ребенок имел повышение температуры.

При лабораторном исследовании в анализах мочи отмечались следующие изменения (рис. 2).

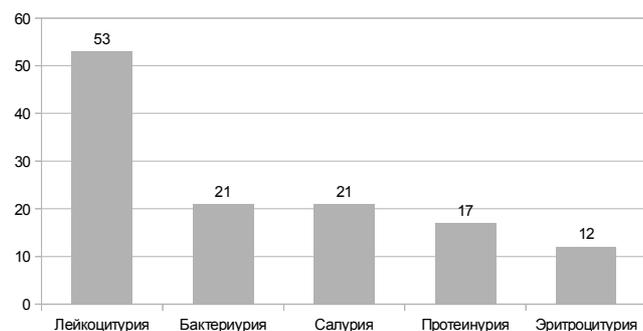


Рис. 2. Показатели общего анализа мочи

Посев мочи на флору в стационаре проведен только у 76 % пациентов, что связано с трудностью сбора мочи, особенно у детей до 3 месяцев. Только треть пациентов имели положительный высеv. Скорее всего, санированный посев мочи отмечался в связи с проведением на догоспитальном этапе antimicrobной терапии. В стационаре выявлялась типичная для инфекций мочевой системы флора: кишечная палочка, энтеробактер, протей, клебсиелла и др.

Из инструментальных методов исследования всем детям в стационаре проводилось УЗИ МВС. Ненормативные показатели выявлены в 65 % случаев (рис. 3).

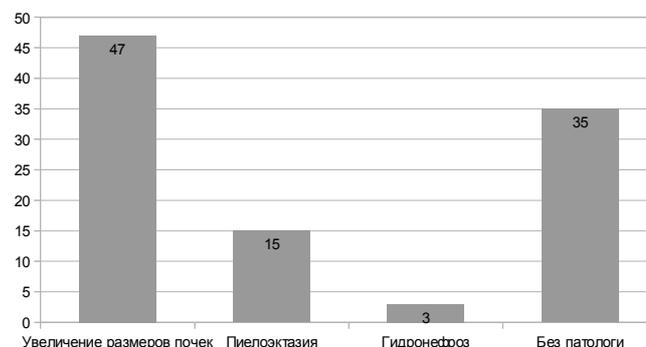


Рис. 3. Результаты УЗИ МВС

В связи с высокой активностью клинико-лабораторных показателей инфекции мочевой системы и частых изменений на УЗИ, в стационаре проводилось R-урологическое исследование, в основном — микционная цистография. Данное исследование проведено в 82 % случаев и у 79 % выявлена патология. У 2/3 пациентов — рефлюкс разной степени, а у 1/3 — косвенные признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. При обследовании в стационаре на УЗИ МВС признаки пиелозктазии выявлены у 33 пациентов, а по данным микционной цистографии пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса (ПМЛР) разной степени выявлялся почти в 2 раза чаще, то есть у 60 больных.

Учитывая полученные данные, в специализированном отделении в 60 % случаев выставили окончательный DS «Пиелонефрит», чаще «Вторичный пиелонефрит» на фоне ПМЛР. Инфекция мочевых путей диагностирована в 28 % случаев и лишь в 12 % данных за инфекцию мочевых путей не была выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение в последние годы, в рамках диспансеризации, обследований анализов мочи и УЗИ МВС детям первых месяцев жизни привело к резкому увеличению пациентов, в том числе и детей до 3 месяцев, нуждающихся в диагностике и лечении в специализированном нефрологическом отделении.

Учитывая большой процент детей с дизурическими расстройствами, выявленных в стационаре, необходимо ведение мочевого дневника, даже у детей первых месяцев жизни, при подозрении на патологию МВС, в том числе и на догоспитальном этапе.

Наличие в анамнезе у детей раннего возраста жалоб только на изменения в анализах мочи требует дополнительных исследований для исключения ИМП, в первую очередь посева мочи на флору.

Наличие клинических и лабораторных признаков инфекции мочевой системы, даже при отсутствии патологии по результатам УЗИ МВС, требует обязательного R-урологического обследования для исключения ПМЛР,

как основной причины формирования вторичных пиелонефритов у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская нефрология. Практическое руководство / Под ред. Э. Лойманна, А. Н. Цыгина. — М.: Литтерра, 2010. — С. 255—268.
2. Игнатова М. С., Коровина Н. А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. Руководство для врачей. — М., 2007 — С. 165.
3. Нефрология детского возраста. / Под ред. В. А. Таболина, С. В. Бельмера. — М.: Медпрактика-М, 2005. — С. 590—640.

4. Шапошникова Н. Ф., Прохорова Л. И., Давыдова А. И. // Диагностика и лечение инфекций мочевой системы у детей: Учебно-методическое пособие для слушателей ФУВ. — Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2009. — 51с.

Контактная информация

Шапошникова Наталья Федоровна — к. м. н., ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: nataliashaposhnikova1957@gmail.com

УДК 616-07+616-08+616.25-003.219-089-072.1

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

А. А. Полянцев, А. В. Быков, А. А. Полянцев (мл.), В. В. Котрунов, А. Г. Зимин, О. Ю. Боско

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии с урологией, кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ

В статье представлен опыт лечения 474 больных спонтанным пневмотораксом. В качестве методов лечения использовали плевральные пункции и дренирование плевральной полости, удаление пораженной части легкого через торакотомный разрез, видеоассистированные и торакоскопические операции. По показаниям использовали различные методы плевродеза для профилактики рецидива пневмоторакса. Раннее применение активной хирургической тактики позволяет уменьшить число рецидивов.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, буллезная эмфизема, резекция легкого, видеоторакоскопия, плевродез, париетальная плеврэктомия.

MODERN APPROACHES TO SURGERY OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

A. A. Polyantsev, A. V. Bykov, A. A. Polyantsev (Jr.), V. V. Kotrunov, A. G. Zimin, O. Y. Bosko

The article analyzed the experience of treating 474 patients with spontaneous pneumothorax. Pleural puncture and drainage of the pleural cavity, removal of the affected part of the lung through thoracotomy, video-assisted thoracoscopic surgery were used as treatment method. When indicated various methods of inducing pleurodesis to prevent pneumothorax relapses were applied. The early use of active surgical strategies makes possible to reduce the number of relapses.

Key words: spontaneous pneumothorax, emphysema, lung resection, videothoracoscopy, pleurodesis, parietal pleurectomy.

В проекте «Национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса» (30 июня 2013 г.) [3] сказано, что, «пожалуй, ни одно из urgentных пульмонологических заболеваний не вызывало такого количества дискуссий о хирургической тактике, как спонтанный пневмоторакс — от сугубо консервативного подхода до профилактических двухсторонних резекций верхушечных сегментов легких».

Термин «спонтанный пневмоторакс» (СП) исторически отражает существующую недостаточность представлений об этиологии этого патологического состояния, которое возникает вне связи с травмой или каким-либо лечебно-диагностическим действием. Чаще всего он является осложнением заболевания, которое осталось не диагностированным. СП составляет 80—85 % всех случаев нетравматического пневмоторакса. В Рос-

сии встречается с частотой 7—10 на 100000 человек, причем мужчины в возрасте от 16 до 40 лет болеют в 12—15 раз чаще, чем женщины [5]. Курение увеличивает риск возникновения СП примерно в 20 раз.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повысить эффективность лечения спонтанного пневмоторакса и снизить частоту рецидивов заболевания путем выбора оптимальной лечебной тактики, начиная от этапа центральной районной больницы (ЦРБ) и заканчивая специализированным хирургическим стационаром.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для настоящей работы послужили результаты анализа результатов лечения 474 больных спонтанным пневмотораксом, находившихся в отделе-