

Лечение

Лечение детей с первичным и вторичным, врожденным и инфантильным НС, имеющих инфекцию мочевой системы, представляет определенные сложности. Терапевтическая тактика предусматривает лечение основного заболевания, соблюдение режима, диеты.

Дезинтоксикационная инфузионная терапия детям с НС и инфекцией мочевой системы (пиелонефритом) проводится с учетом степени тяжести НС и активности микробно-воспалительного процесса, выраженности гипоальбуминемии, гиповолемии, синдрома интоксикации.

Трудности лечения бактериальной инфекции мочевой системы у новорожденных и грудных детей с врожденным и инфантильным НС, ассоциированным с ВУИ (токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис), обусловлены предшествующим внутриутробным поражением не только почек, но и других органов, развитием вторичного иммунодефицита. Таким пациентам показана интенсивная и поддерживающая продолжительная иммунокорригирующая, противовирусная терапия наряду с применением курсов антибактериальных средств.

В случае развития инфекции мочевой системы у пациентов с НС, получающих глюкокортикоидную терапию, целесообразно дозу преднизолона оставить прежней или, по возможности, временно снизить до минимальной терапевтической.

Н.А. Коровина, И.Н. Захарова (2000) рекомендуют при сочетании формы гломерулонефрита с инфекцией мочевой системы у детей назначать глюкокортикоиды

по индивидуальным показаниям наряду с активной антибактериальной терапией в соответствии с выделенной микрофлорой мочи.

При развитии инфекции мочевых путей у детей с НС, получающих цитостатические препараты, целесообразна временная отмена последних.

После стихания активности микробно-воспалительного процесса в органах мочевой системы возможен возврат к лечению высокими дозами глюкокортикоидными, цитостатическими препаратами. С целью профилактики бактериальной инфекции детям с НС, получающим пульс-терапию метилпреднизолоном и или циклофосфаном, показана антибактериальная терапия.

Антибактериальная терапия инфекции мочевой системы у пациентов с НС назначается в соответствии с чувствительностью высеваемых бактерий, нефротоксичностью препарата.

Иммуномодулирующая терапия проводится детям с НС и пиелонефритом после оценки иммунного статуса с учетом выявленного уровня иммунной недостаточности (гуморального, клеточного, гуморально-клеточного).

Пациентам с НС и инфекцией мочевой системы показана коррекция нарушенного микробиоценоза кишечника.

Прогноз инфекции мочевой системы у детей с НС зависит от основного заболевания, клинико-морфологического варианта НС, осложнений и проводимой терапии. Возникшая инфекция мочевой системы (пиелонефрит) влияет на течение и исход первичного и вторичного, врожденного и инфантильного НС у детей.

Пиелонефрит у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и рефлюкс-нефропатией

И.В. Аничкова
г. Санкт-Петербург

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения пиелонефрита у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) и рефлюкс-нефропатией (РН).

Обследованы 527 пациентов с вторичным хроническим пиелонефритом, из них у 197 диагностирован ПМР I–V степени (37,7%). Проявления хронического вторичного пиелонефрита характеризовались симптоматическим и асимптоматическим течением инфекции мочевой системы. При этом вторичный хронический пиелонефрит выявлен у 195 детей (98,98%), 2 ребенка не имели проявлений инфекции мочевой системы в анамнезе. Дебют пиелонефрита констатирован до 2 лет у 87 пациентов (44,62%), 3–5 лет – у 62 (31,80%), 6–7 лет – у 26 (13,33%), 7–10 лет у 14 (7,18%) и старше 10 лет – у 6 (3,07%). Нами отмечена высокая частота дебюта пиелонефрита до 2 лет (61,19%) ($p < 0,002$) и симптоматической часторезидивирующей инфекции мочевой системы у детей с ПМР III–V степени. На момент исследования обострение вторичного хронического пиелонефрита диагностировано у 76 детей (38,97%). Спектр возбудителей представлен *E. coli* (51,30%), неустановленная флора (17,1%),

Enterococcae (7,9%), *Enterobacter* (6,6%), *S. epidermidis* (5,3%), сочетанная флора (5,3%), *K. pneumoniae* (2,6%), *P. aeruginosae* (2,6%), *P. mirabilis* (1,3%).

Выявлена высокая частота ПМР в возрасте до 2 лет (31,72%) и 3–5 лет (31,34%), с последующим ее снижением в старших возрастных группах. Так в возрасте 6–7 лет ПМР диагностировался в 17,91%, 8–10 лет – 14,18%, старше 10 лет – 4,85%. По-видимому, тенденция к снижению частоты ПМР у детей старше 5 лет обусловлена возрастными особенностями строения пузырно-мочеточникового соустья и становления взрослого типа мочеиспускания.

Формирование рефлюкс-нефропатии (РН) на фоне ПМР I–V степени отмечалось в 110 почках (41%), впервые диагностируясь в 33,6% до 2 лет, 35,5% – 3–5 лет, 16,4% – 6–7 лет, 10% – 8–10 лет и в 4,5% – старше 10 лет. Таким образом, констатирована высокая частота развития РН у детей до 5 лет. При этом наблюдалась преимущественная локализация очагов нефросклероза в верхнем (36,94%) и нижнем (23,88%) полюсах почечной паренхимы. В соответствии с поставленными задачами мы оценили влияние степени тяжести, формы

ПМР, активности и частоты рецидивов пиелонефрита на формирование РН. В результате выявлено преобладание РН при III–V степени ПМР (54,81%), нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гипорефлекторному типу (64,7%), гидронефрозе (92,3%), симптоматическом часто рецидивирующем течении пиелонефрита (71,42%).

Осложненное течение РН отмечено у 32 больных

(16,24%). Из них у 31 ребенка (16%) диагностирована персистирующая протеинурия, у 8 (4,06%) – ренальная артериальная гипертензия, у 4 (2,03%) – хроническая почечная недостаточность.

Таким образом, нами констатировано преимущественно тяжелое течение пиелонефрита, высокая частота фокального нефросклероза и риск развития осложнений РН при ПМР III–V степени и сочетанной урологической патологии.

К вопросу о наиболее вероятной локализации бактериальной инфекции в мочевой системе у детей

И.Ю. Балалаева, А.С. Булавина, Н.П. Ипатова, В.В. Конопина, Т.А. Масневская, В.П. Ситникова
г. Воронеж

При наличии у детей признаков мочевой инфекции – лейкоцитурии и бактериурии – возможны ошибки в определении правильной ее локализации, нередко происходит гипердиагностика пиелонефрита.

Нами предпринята попытка определения значимости таких показателей, как наличие в моче бактерий, покрытых антителами (БПА), повышенной СОЭ (не менее 25 мм/ч), снижения функции концентрирования для подтверждения локализации микробного воспаления в почке.

Показано, что не более чем у половины из 114 больных с диагнозом: пиелонефрит, установленном при обследовании в специализированном стационаре, в моче обнаруживали БПА, специфичные для ПН. Снижение функции концентрирования имела 1/5 часть пациентов, а выраженную лейкоцитурию (не

менее 100 тыс. в мл) – около половины из них. Только в 12% наблюдений мочевая инфекция протекала со значительным повышением СОЭ независимо от наличия или отсутствия в моче БПА. Повышенную СОЭ имели не более трети больных со снижением функции концентрирования при ПН. При снижении функции осмотического концентрирования частота обнаружения в моче БПА не превышала 39,4%. При часто рецидивирующем течении мочевой инфекции значимое повышение СОЭ имели только 5%, снижение функции концентрирования – 30%, а БПА в моче – 50% пациентов.

Таким образом, бактериальная инфекция, в том числе часто рецидивирующая, нередко локализуется у детей в нижних мочевых путях. Высокая СОЭ не всегда служит надежным критерием пиелонефрита.

Состояние внутрпочечной гемодинамики при дизметаболическом пиелонефрите у детей

А.А. Вялкова, Е.В. Журба, Л.В. Ванюшина, Е.И. Головачева, Л.Ю. Никитина, А.Г. Мирошниченко
г. Оренбург

В последние годы в структуре патологии детского возраста отмечено увеличение числа больных хроническим пиелонефритом (ПН), связанным с нарушением оксалатно-кальциевого (ОКК), уратного (У) обменов и уролитиазом (МКБ) (Папаян А.В., 1997; Игнатова М.С., 2000). Известно, что ренальный процесс формируется на ранней стадии уролитиаза, а общепринятые методы его диагностики являются малоинформативными (Pegione H.C., 1997). Доказана взаимосвязь между тяжестью морфологических изменений в почках при уролитиазе и нарушением почечного кровообращения (Есилевский Ю.М., 1996).

Целью настоящего исследования явилось определение характера внутрпочечной гемодинамики при различных вариантах пиелонефрита у детей с оксалатно-кальциевым и уратным уролитиазом.

Использовался метод цветного доплеровского картирования (ЦДК) и доплерографии почек (ДГ)

с измерением основных показателей (максимальной систолической и минимальной диастолической скоростей кровотока, пульсационного индекса (PI) и индекса резистентности (IR)), которое проводилось на уровне сегментарных, междолевых и дуговых почечных артерий.

Обследовано 68 больных ПН при МКБ в возрасте от 1 до 15 лет. Всем больным проведено комплексное нефроурологическое обследование, включающее оценку состояния ОКК- и уратного обменов, показателей внутрпочечной гемодинамики и состояния функции почек. У 14 из них выявлен нормоэксcretорный, у 54 больных – гиперэксcretорный вариант дизметаболического ПН на фоне уролитиаза.

Для детей с маломанифестным вариантом ПН при уролитиазе характерен ранний дебют болезни (в грудном и раннем возрасте), гиперэксcretорный вариант нарушения ОКК- и уратного обменов. Для детей