

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 (Реггоне Н.С., 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