

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

школьного возраста дебют болезни характеризовался однократным приступом почечной колики в сочетании с транзиторным мочевым синдромом. Выявлена невысокая частота (20%) встречаемости нормальной экскреции кальция, щавелевой и мочевой кислот; у 56,5% детей с дизметаболическим ПН отмечалось сочетание гиперкальциурии и гипероксалурии; у 23,5% – гиперурикозурия. У 86,5% больных ПН на фоне уролитиаза выявлены признаки снижения тубулярных функций: нарушение циркадного ритма мочеотделения (52,8% детей), гипостенурия (56%), снижение ацидоаммонιοгенеза (61%), гипераминоацидурия (18%).

Анализ состояния внутривисочечной гемодинамики показал, что у 88,2% детей с ПН при МКБ выявлены доплерографические признаки ренального процесса

в виде несимметричности гемодинамических показателей и возрастания значений индекса резистентности на уровне сегментарных, междолевых и дуговых ветвей почечной артерии. Установлено преобладание этих показателей у больных с гиперэкскреторным по сравнению с нормоэкскреторным вариантом нарушения ОКК- и уратного обмена ($p < 0,05$).

У 86% больных хроническим ПН при односторонней локализации конкремента выявлено двустороннее нарушение внутривисочечной гемодинамики (повышение IR на уровне дуговых, сегментарных и междолевых ветвей почечной артерии).

Таким образом, у детей с ПН при уролитиазе имеются доплерографические признаки ренального процесса в виде несимметричности периферического сопротивления сосудов (по показателям PI и IR).

Информативность УЗИ-диагностики при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей

Е.И. Головачева, А.А. Вялкова, И.В. Афуков, В.В. Малюга, Т.В. Солоницина, Л.В. Ванюшина г. Оренбург

Особое место в нефрологии детского возраста занимает проблема ранней диагностики нефропатий, развивающихся при пузырно-мочеточниковом рефлюксе (ПМР).

Учитывая, что среди заболеваний органов мочевой системы (ОМС) ПМР характеризуется высокой частотой, длительностью течения и частыми рецидивами пиелонефрита (ПН), особое значение в клинической нефрологии имеет оценка состояния паренхимы почек.

Нами проведено полное нефроурологическое обследование 150 больных с рецидивирующей инфекцией мочевой системы (ИМС). Возраст детей от 1 года до 15 лет (средний возраст $9,7 \pm 3,6$ лет).

Обследование больных включало уродинамические исследования на уросистеме «Рельеф», УЗИ почек и мочевого пузыря, рентгеноурологические (в том числе микционная цистография), эндоскопические, функциональные, бактериологические и другие методы исследования.

У 85 детей (57,7%) выявлен ПМР. По степени ПМР больные распределены следующим образом: с I степенью рефлюкса – 18 детей, со II степенью – 30 детей, с III – 16, с IV – 21. У 14 детей ПМР был двусторонним.

У 68% больных с ПМР выявлена нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП); у 23,5% детей – хронический цистит; у 8,5% – пороки развития ОМС.

Проведено катамнестическое наблюдение 80 больных с ПМР в течение 4 лет.

Ретроспективный анализ дебюта клинических проявлений ПМР показал, что у детей раннего возраста в клинике преобладали симптомы интоксикации (гипертермия, рвота и др.) в сочетании с изменениями в моче (изолированные или бактериурия, лейкоцитурия, режес – пиурия).

Для детей дошкольного и школьного возраста характерны дизурические симптомы, абдоминальный синдром, чаще в сочетании с немотивированными

подъемами температуры. Мочевой синдром характеризовался лейкоцитурией (74%), бактериурией (48,1%), кристаллурией (30%), микрогематурией (29,4%), микропротейнурией (11,7%).

При ультразвуковом исследовании почек и мочевого пузыря у детей с ПМР выявлены эхографические изменения: нарушение структуры центрального эхосигнала (70,5%), неровность, бугристость контуров почки (22,3%), уменьшение размеров почки на стороне поражения (28,2%), признаки НДМП (68,2%) и воспалительного процесса (23,5%) мочевого пузыря.

Всем больным с ПМР в динамике определено состояние внутривисочечной гемодинамики на уровне сегментарных, междолевых и дуговых почечных артерий по данным цветного доплеровского картирования (ЦДК) и доплерографии (ДГ) почек с измерением основных показателей доплерографии (максимальной систолической и минимальной диастолической скоростей кровотока, пульсационного индекса и индекса резистентности IR). У 49 больных выявлены доплерографические признаки ренального процесса в виде несимметричности гемодинамических показателей, возрастания значений IR.

Комплексная терапия больных с ПМР включала антирефлюксное лечение, индивидуально-антибактериальное, иммунокорректирующее, мембраностабилизирующее, коррекцию НДМП и др.

Всем больным с I–III степенью рефлюкса проводилось консервативное лечение. При прогрессировании ПМР, отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения, при IV степени рефлюкса детям проведено оперативное лечение.

При наблюдении 80 больных в динамике установлено, что у 44 детей (55%) отмечалась положительная динамика: улучшилась функция мочевого пузыря (52%), у больных с I степенью рефлюкса в 93% полностью исчез ПМР. У 62% детей при II степени, 36% больных с III степенью отмечалась регрессия ПМР. У 36 детей,