

## Диагностика воспаления в почках после эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей

**И.В. Казанская, В.Д. Коноплев, Э.А. Юрьева, Т.Е. Табакина**  
г. Москва

Под наблюдением находился 41 ребенок с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, вторичным пиелонефритом в возрасте 3–14 лет. Преобладали ПМР II–III ст. У 60% детей ПМР был диагностирован в возрасте до 3 лет, у остальных в более старшем возрасте. В дальнейшем пиелонефрит имел латентное течение у 78% детей, рецидивирование воспалительного процесса установлено у 22%, обострения при этом отмечались от 1 до 3 раз за год. Эндоскопическая коррекция ПМР проводилась жидкой гемостатической губкой (коллагеном) или препаратами крови (одноруппная плазма с тромбином). Больные поступали в стадии клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита, что подтверждалось лабораторной диагностикой обычными методами. О наличии воспаления судили по следующим показателям: лимфоцитоз, гиперфибриногенемия, снижение фибринолитической активности мочи, повышение экскреции с мочой продуктов перекисного окисления липидов, активности ферментов мочи и продуктов анаэробного гликолиза (лактат, пируват) без резкого изменения их соотношения.

В результате исследования установлено, что эндоскопическая коррекция ПМР приводит к стабилизации пиелонефрита у 76,6% больных. У 23,4% детей продолжается воспалительный процесс, что подтверждено проведенными исследованиями. Сопоставляя эти данные с характером патологии мочевой системы, отмечено, что воспаление сохраняется у детей с пороками развития (гипоплазия и удвоение почек, аномалия расположения и нарушение функции уретерovesикального соустья) и при тяжелых формах нарушения уродинамики нижних мочевых путей (гиперрефлекторный неадаптированный и гипорефлекторный мочевой пузырь).

Для диагностики латентного воспалительного процесса после эндоскопического лечения ПМР можно использовать доступные в повседневной практике показатели количества лимфоцитов и фибриногена крови.

Неэффективность лечения обусловлена тяжестью пороков развития и нарушением уродинамики нижних мочевых путей.

## Аномалии пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей с вторичным пиелонефритом

**Ж.Г. Левиашвили, А.В. Папаян**  
г. Санкт-Петербург

Целью исследования явилось изучение частоты сочетанной аномалии органов мочевой системы и пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей с вторичным пиелонефритом. При анализе рентгенограммы (экскреторной урографии (486) и цитографии (139) у 625 детей с вторичным пиелонефритом выявлены элементы дисплазии пояснично-крестцового отдела позвоночника в 28%. Обследовано 179 пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет с вторичным пиелонефритом: на фоне ПМР – 82, на фоне аномалии развития почек – 43, на фоне дизметаболической нефропатии – 27, на фоне мочевыводящих путей – 27. Из 179 пациентов с вторичным пиелонефритом дисплазия пояснично-крестцового отдела установлена в 95,0% случаев.

Определялись следующие признаки дисплазии позвоночника: а) диспластическое развитие ребер – разный угол отхождения, рудиментные ребра, выраженная асимметрия развития ребер; б) аномалия пояснично-крестцового перехода – сакрализация, люмбализация; в) косое положение L5, S1; г) аномалия суставных отростков – аномалия тропизма, различная величина, седловидный сустав, отсутствие суставных отростков, добавочные ядра окостенения; д) дисплазия крестца – продольное и поперечное недоразвитие, аномалии

крестцовых позвонков; е) патологическая ротация; ж) spina bifida displastica на любом уровне поясничного отдела позвоночника; з) сколиоз.

Элементы дисплазий позвоночника были распределены по степеням: I степень – легкая – включает в себя 1–2 признака без сколиоза и патологической ротации; II степень – средняя – 3 и более признака без сколиоза и патологической ротации; III степень – тяжелая – сколиоз или патологическая ротация изолированно или в сочетании с другими признаками.

При анализе данных экскреторной урографии и микционной цистографии 179 детей нами обнаружено, что наиболее часто встречались элементы дисплазии позвоночника: различный угол отхождения ребер (66,7%), spina bifida (51,7%), сколиоз (50,8%).

По нашим данным, у детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря частота spina bifida составила 76,9%, сколиозов – 42,3%. В группе с пузырно-мочеточниковым рефлюксом нейрогенная дисфункция мочевого пузыря сочеталась преимущественно с III степенью дисплазии пояснично-крестцового отдела.

При изучении сочетания различных вариантов дисплазии позвоночника получены следующие результаты: 25,0% детей имели сочетание двух элементов дисплазии, 23,4% имели по 3, 4 и 5 элементов дисплазии.