

сoccus (100 000 в 1 мл). У 19 из 30 детей заболевание протекало с нарушениями функции почек в виде снижения концентрационной функции почек, никтурии, дизритмии мочеиспускания в течение дня.

Известно, что в структуре хронического пиелонефрита преобладает вторичный характер развития воспалительного процесса (Коровина Н.А, 1999 г.). В наших наблюдениях выявлена следующая урологическая патология, обуславливающая хроническое течение пиелонефрита:

- пузырно-мочеточниковый рефлюкс I-II степени с 2 сторон у 7 детей, один из которых был прооперирован;
- односторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс у 2 детей;
- сочетание ПМР и гидронефротической трансформации почек у 2 больных;
- удвоение почек как одностороннее, так и двустороннее у 3 детей;
- нефроптоз у 5-ти больных, ротация и пиелозктазия почек у 9 больных.

Длительность заболевания у наших больных варьировала от 3 до 5 лет. У всех больных в качестве сопутствующей патологии выявлялись заболевания бронхолегочной системы, хронические тонзиллиты, и почти у всех больных была найдена глистно-паразитарная инвазия (лямблиоз, энтеробиоз, аскаридоз).

Все дети взяты на диспансерный учет и наблюдаются у уролога и педиатра-нефролога, получая по схеме противовоспалительную терапию и уроантисептики, витамины, мембраностабилизирующие препараты, физиотерапию, а также местную противовоспалительную терапию в виде инстилляций мочевого пузыря.

На основании проведенного анализа заключили, что патологическое течение беременности, отягощенная наследственность по нефрологической патологии, частые повторные вирусно-бактериальные инфекции во многом обуславливают возникновение нефроурологической патологии, что следует учитывать при диспансерном наблюдении за детьми в условиях поликлиники.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Клячина Л.А.

Пиелонефрит – одно из самых распространенных заболеваний мочевой системы у детей.

В последние годы наблюдается нарастание частоты острого пиелонефрита у детей раннего возраста. Среди многих причин одной из важных является увеличение числа детей с врожденными пороками развития мочевой системы, а также патологическое течение беременности с последующим снижением резистентности плода и новорожденного к повреждающим фак-

горам. Раннее распознавание острого пиелонефрита представляет немалые трудности, поскольку клиническая картина этого заболевания у детей грудного возраста отличается полиморфностью симптомов.

С 1997 по 1999 гг. в нефрологическом кабинете консультативно-диагностической поликлиники ДГКМБ № 9 мы наблюдали и лечили 254 ребенка в возрасте от 1 до 12 месяцев с инфекцией мочевой системы. Из них у 180 был диагностирован острый пиелонефрит. Соотношение девочек и мальчиков оказалось 3:1, т.е. преобладали девочки, что согласуется с литературными данными.

Практически все дети имели неблагоприятный акушерский анамнез. Так, у многих матерей (70%) имело место, отягощенное течение беременности и родов: ранний и поздний гестозы, угроза невынашивания, кольпиты, внутриматочные инфекции, оперативное родоразрешение. Нередко у женщин имели место очаги хронической инфекции, в том числе и пиелонефрит (40%). Многие дети (80%) родились с признаками перинатального поражения ЦНС, довольно часто у них наблюдались дисфункции кишечника с первых месяцев жизни (65%).

По клиническому течению можно выделить 2 группы больных. В первой (126 детей) – пиелонефрит протекал подостро без выраженных клинических проявлений с постепенным и последовательным появлением основных признаков, в частности, мочевого синдрома: лейкоцитурии, бактериурии, микропротенурии или микрогематурии. Наряду с этим нередко наблюдались дизурические расстройства и нарушения общего состояния. У многих детей (70 больных) изменения в анализе мочи были впервые выявлены при плановом обследовании в возрасте 3 месяцев. На первом этапе наблюдения найденные изменения трактовались как инфекция мочевых путей (ИМП). В последующем после дополнительного лабораторно-инструментального обследования и в связи с торпидным течением, диагноз был пересмотрен.

У 56 детей этой группы поводом для углубленного обследования были длительные минимальные клинические проявления: затруднение и беспокойство перед очередным мочеиспусканием, учащение или урежение мочеиспускания, отечность век по утрам, плохая прибавка массы, периодическая или более постоянная субфебрильная температура.

Вторую группу (54 ребенка) составили дети, у которых пиелонефрит протекал либо под маской острого респираторного заболевания, либо острой кишечной инфекцией. У большинства этих больных уже в первые сутки болезни наблюдалась лейкоцитурия, бактериурия, что явилось поводом для постановки диагноза инфекция мочевыводящих путей. При бактериологическом исследовании мочи были высеяны кишечная палочка (45%), протей (25%), золотистый стафилококк (15%) и редко – энтерококк, клебселла, цитробактер и др. микрофлора.

Наряду с бактериологическим исследованием мочи всем детям проводилось ультразвуковое исследование почек. Довольно часто (у 19% больных)

были обнаружены различные аномалии развития почек. Им было проведено рентгеноурологическое обследование. при этом были найдены: пузырно-мочсточниковый рефлюкс (3 детей), гидронефроз (3 больных), удвоение чашечно-лоханочной системы (7 детей), изменения, характерные для дизэмбриогенеза почек («горбатая» почка, дольчатое строение почек, малое количество чашечек), а также костные аномалии – рудиментарное XII ребро, Spina bifida L₅-S₁-S₂ (8 больных), пиелэктазия или изолированное расширение чашечек (13 детей).

Большинство больных получали консервативное лечение, но некоторые (3 детей) были прооперированы. Поскольку, нередко, течение болезни сопровождалось симптомами токсикоза и экзикоза, детям проводили инфузионную терапию. Антибактериальная терапия на первом этапе лечения включала антибиотики группы пенициллина, далее назначали цефалоспорины I-II поколения (кефзол, цефабол, цефалотин, клафоран) или аминогликозиды (гентамицин).

При исчезновении экстраурнальных проявлений и нормализации анализов мочи в терапию включали препараты – уросептики (5-НОК, фурагин, фурадонин, режс – палин, ксвиграмон). Продолжительность пребывания в стационаре, в среднем, составляла 2-3 недели. После выписки из стационара больные переводились на амбулаторный этап реабилитации, проводимый участковым врачом и педиатром нефрологом. В ряде случаев, хотя и заметно реже, требовалась непрерывная антибактериальная терапия в течение 2-3 месяцев с последующей поддерживающей терапией до 6-8 месяцев.

Поздняя диагностика пиелонефрита была прогностически неблагоприятна. В этих случаях заболевание приобретало торпидное, затяжное течение и требовало более длительной антибактериальной терапии. Наряду с антибактериальной терапией назначались препараты, улучшающие активность иммунного ответа (дибазол, метилурацил, пентоксил, ликапид), стабилизаторы мембран клеток и препараты-антиоксиданты (вит. А, Е, эссенциале форте, ксидифон, димефосфан). С целью профилактики нарушения микробиотоза кишечника в терапевтический комплекс включали биопрепараты (лактобактерин, ацилакт, бифидум-бактерин), либо продукты, содержащие биобактерии (бифидок, бифидокефир). На этапе амбулаторной реабилитации больных использовалась фитотерапия. Хорошо зарекомендовал себя комбинированный препарат растительного происхождения «Канефрон» по 10 кап. х 3 раза в день между курсами препаратов уросептиков.

При длительном наблюдении за больными у 65% удалось добиться стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

Неблагоприятное течение пиелонефрита отмечено при сочетании его с obstructивной уропатией, признаками структурного дизэмбриогенеза и метаболических расстройств.

Таким образом, лечение пиелонефрита у детей, реабилитация больных раннего возраста – это трудоемкий и высокотратный лечебно-

диагностический процесс. Его проведение может быть успешным только при условии систематической организации профилактических мероприятий, включающих антенатальную профилактику, лечение генитальной и экстрагенитальной патологии, профилактику респираторных заболеваний, контроль за физическим развитием детей.

ОПЫТ РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тороньгина И.В.

Бронхиальная астма относится к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний в детском возрасте и в последние годы частота ее неуклонно увеличивается.

В 1999 г. заболеваемость бронхиальной астмой, по данным обращаемости, в г. Екатеринбурге составила 2318 человек и по сравнению с предыдущими 5 годами увеличилась в 2,4 раза. Увеличение числа больных, в определенной степени, связано с улучшением качества диагностики этого заболевания. С 1996 г. внедрена национальная программа по диагностике и лечению бронхиальной астмы у детей. Врачам практического здравоохранения даны рекомендации по своевременному выявлению бронхиальной астмы.

Диагностика бронхиальной астмы основывается на оценке клинических симптомов, данных анамнеза и аллергологического статуса больного, функциональных показателей внешнего дыхания (у детей старше 5 лет) и результатов аллергообследования (кожное тестирование, определение общего и аллергенспецифического IgE и др.). После установления диагноза больным назначается базисная терапия в соответствии со степенью тяжести течения бронхиальной астмы. В пульмонологическом кабинете нашей поликлиники осуществляется постоянное диспансерное наблюдение за больными, в основном, со среднетяжелой и тяжелой формами бронхиальной астмы, что позволяет контролировать течение заболевания, эффективность проводимой терапии, вносить соответствующие изменения в план лечения.

При легком течении бронхиальной астмы базисную противовоспалительную терапию следует проводить кромогликатом и недокромилом натрия в течение не менее 6-8 недель после очередного обострения. Дополнительно необходимо назначать сезонную профилактику респираторных заболеваний.

При среднетяжелом течении бронхиальной астмы в качестве базисной терапии используются те же препараты (кромогликат и недокромил натрия), но длительность лечения может быть увеличена до 2-3 месяцев. Контроль лечения осуществляется не только по клинической симптоматике, но и по показателям спирометрии (в условиях поликлиники) и пикфлоуметрии