

Выводы

1. Хронический пиелонефрит у девочек встречается достоверно чаще, чем у мальчиков ($p < 0,05$).
2. Хронический вторичный пиелонефрит чаще встречается у мальчиков по сравнению с девочками.
3. В структуре аномалий развития мочевыделительной системы с наибольшей частотой у детей и подростков регистрировались: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дисплазия почек, мегауретер.
4. В связи с высокой частотой аномалий развития мочевыделительной системы и с целью профилактики хронической болезни почек в детском возрасте необходимо проведение всем детям на первом году жизни ультразвукового исследования мочевыделительной системы в качестве скрининг-диагностики пороков развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская нефрология / под ред. П. В. Шумилова, Э. К. Петросян, О. Л. Чугуновой. — М.: МЕД-пресс-информ, 2018. — 616 с.
2. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options / A. L. Flores-Mireles [et al.] // Nat. Rev. Microbiol. — 2015. — Vol. 13, № 5. — P. 269–284.
3. Пугачев, А. В. Детская урология: рук-во для врачей / А. В. Пугачев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1024 с.
4. Жумадилаева, Д. К. Врожденные аномалии развития мочевыделительной системы — причина развития инфекции мочевых путей / Д. К. Жумадилаева // Вестник КазНМУ. — 2013. — № 3 (2). — С. 117–118.
5. Китаева, Ю. Ю. Хронические заболевания органов мочевой системы у детей и подростков г. Омска / Ю. Ю. Китаева // Сибирский медицинский журнал. — 2010. — Т. 25, № 3. — Вып. 1. — С. 76–78.
6. Печенкина, Н. В. Особенности первичного хронического пиелонефрита у детей школьного возраста / Н. В. Печенкина, Ю. В. Попыванова, Я. Ю. Иллек // Вятский медицинский вестник. — 2009. — № 2–4. — С. 31–33.

УДК 616.61-002.3-036.12-053.2

ХРОНИЧЕСКИЙ ВТОРИЧНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ

Гостев Р. О., Правдиков В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди всех случаев фебрильной температуры у детей, 5 % приходится на случаи острого пиелонефрита, который в 90 % случаев является вторичным [1, 2].

Цель

Провести анализ научной литературы по вопросу клиники и диагностики вторичных пиелонефритов у детей.

Материал и методы исследования

Была использована научная литература по данной теме.

Результаты исследования и их обсуждение

Пиелонефрит — патологическое состояние организма, вызванное неспецифическим инфекционно-воспалительным заболеванием почек, поражающим чашечно-лоханочную систему, канальцы и интерстиций почек. Первичный пиелонефрит, характеризующийся отсутствием осложнений, ставится в том случае, если не были обнаружены предрасполагающие к развитию заболевания факторы или инфекционные агенты, отсутствуют об-

структивные явления и метаболические нарушения. Вторичный пиелонефрит отличается тем, что спровоцирован нарушениями уродинамики, вызванными аномалиями развития мочевыделительной системы у детей (дистопия почек, односторонняя гипоплазия почки), дизэмбриогенезом почечной ткани, нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря и пузырно-мочеточниковым рефлюксом, гидронефрозом, мочекаменной болезнью и метаболическими нарушениями (хроническая болезнь почек, нарушения микроциркуляции, иммунные сдвиги), и может иметь осложнения. Это, в свою очередь приводит к накоплению в мочевыводящих путях патогенной микрофлоры и развитию инфекции [3].

Таблица 1 — Классификация пиелонефрита по Международной и Европейской ассоциации урологов, утвержденная в 2004 г. [2]

От зоны возникновения	По наличию осложнений	По течению
Внегоспитальный	Неосложненный	Острый
Нозокомиальный	Осложненный (абсцесс, карбункул, паранефрит, уросепсис, шок).	Рецидивирующий

Проявлениями хронического вторичного пиелонефрита у детей могут являться лихорадка с повышением температуры выше 38 °С или длительным субфебрилитетом без видимых причин, распространенные боли в животе без определенной локализации, частые и болезненные микции, энурез, снижение аппетита (вплоть до анорексии), необъяснимая рвота, диарея, судороги, возбуждение, тахикардия, болезненность в реберно-подвздошном углу. Клиника пиелонефрита представлена мочевым синдромом (пиурия, бактериурия), абдоминальным синдромом, гипертермическим синдромом, синдромом интоксикации, болевым синдромом (преимущественно в поясничной области) [3].

При пиелонефрите дизурия присутствует значительно реже, чем при цистите, в основном у детей с тяжелым течением заболевания, нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря, а также когда пиелонефриту предшествует цистит. При пиелонефрите примерно у 60 % детей родители отмечают снижение диуреза в острый период заболевания [1].

При обследовании отмечается снижение скорости фильтрации клубочковой системой почек, изменяется показатель осмолярности мочи, снижается суточный диурез, уровень концентрации альбумина в плазме крови снижается и повышается уровень общей концентрации альбумина и среднемолекулярных пептидов в моче [2]. Также частыми признаками вторичного пиелонефрита у детей являются сухость и серо-желтый цвет кожных покровов, снижение тургора тканей, беспокойство, нарушение сна, возможность развития полиорганной недостаточности [4].

Диагностика хронического вторичного пиелонефрита включает в себя тщательный объективный осмотр, общий анализ мочи, крови, бактериальный посев мочи с определением чувствительности культур к антибактериальным препаратам и уросептикам. В общем анализе мочи достоверными признаками являются: массивная лейкоцитурия более 5 в п/зрения в 1 мкл мочи у мальчиков, более 8–10 в п/зрения у девочек, бактериурия, необязательными признаками являются микрогематурия, протеинурия >1 г/сут, цилиндрурия; в анализе мочи по Нечипоренко более 2000 лейкоцитов; в биохимическом анализе мочи: фосфатурия, уратурия (при метаболических нарушениях); в биохимическом анализе крови: повышение уровня белка и его фракций >50 г/л, креатинина >35 мкмоль/л, мочевины >8,3 ммоль/л, мочевой кислоты, повышение уровня прокальцитонина в сыворотке крови >0,5 нг/мл, повышение С-реактивного белка >10 мг/л в крови; в общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз с повышением палочкоядерных лейкоцитов, повышение СОЭ >20 мм/час, признаки анемии являются необязательными признаками пиелонефрита. К УЗИ признакам хронического вторичного пиелонефрита относятся: утолщение и слоистость стенок лоханок и (или) мочевого пузыря,

пиелозктазия различной степени, взвесь в просвете мочевого пузыря (наличие большого количества лейкоцитов, фибрина, кристаллов солей), утолщение или истончение паренхимы почек, повышение подвижности почек, повышение эхогенности паренхимы почек [5]. Методы обследования, рекомендуемые в период ремиссии (по показаниям): ритм мочеиспускания с учетом выпитой жидкости, уродинамическое исследование, анализ мочи по Зимницкому, микционная цистография, экскреторная урография, динамическая реносцинтиграфия, статическая реносцинтиграфия (через 6 месяцев после исчезновения клинических признаков) [1].

Выводы

1. Хронический вторичный пиелонефрит у детей имеет ряд особенностей, связанных с более острым течением и более высокой частотой заболеваемости по сравнению со взрослыми.

2. Клиническая картина хронического вторичного пиелонефрита у детей схожа с общеинфекционным токсикозом и обладает определенным полиморфизмом в зависимости от возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шумилов, П. В. Детская нефрология / П. В. Шумилов, Э. К. Петросян, О. Л. Чгунова. — М., 2018. — С. 430–442.
2. Архипов, Е. В. Современные рекомендации по диагностике и лечению пиелонефрита с позиции доказательной медицины / Е. В. Архипов, О. Н. Сигитова, А. Р. Богданова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8. Вып. 6. — С. 163–164.
3. Современные представления о пиелонефритах у детей / М. П. Разин [и др.] // Вятский медицинский вестник. — 2017. — Т. 12, Вып. 3. — С. 3–4.
4. Ахмеджанова, Н. И. Ренопрофилактика при вторичном хроническом пиелонефрите у детей / Н. И. Ахмеджанова, К. Р. Дильмурадова // Педиатр. — 2017. — Вып. 6. — С. 4–5.
5. Дружинина, Т. В. Пиелонефрит у детей (лекция) / Т. В. Дружинина // Смоленский медицинский альманах. — 2016. — № 3. — С. 3–9.

УДК 616.133.33: 616-053.35-073.43

НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ И ДОПЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНО

Грибок А.В.

Научный руководитель: к.м.н. А.С. Александрович

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Проблема перинатальных повреждений головного мозга является актуальной в связи с высоким удельным весом этой патологии в структуре неврологической заболеваемости у детей [2]. Преимущества ультразвуковых методов в обследовании мозга у детей первого года жизни очевидны. Неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, возможность динамического исследования ставят эхографию в число основных диагностических методов в перинатальной неврологии. Современные ультразвуковые методы позволяют оценивать не только структуры мозга, но и состояния мозгового кровотока [1, 3, 4].

Цель

Выявить изменения структур головного мозга, определить показатели мозговой гемодинамики у новорожденных, родившихся от матерей с компенсированной и субкомпенсированной формами фето-плацентарной недостаточности (ФПН).