

3. Хильманович, В.Н. Некоторые аспекты создания обновленного практикоориентированного физического практикума для студентов медицинских вузов / В.Н. Хильманович // Медицинское образование XXI века: практикоориентированность и повышение качества подготовки специалистов: сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием.- Витебск, 2018.- С.92-93

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Хлебовец Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Термином микробно-воспалительные заболевания почек (МВЗП) обозначают воспалительный процесс, локализующийся в различных отделах мочевыделительной системы.

В структуре инфекционной заболеваемости МВЗП занимает второе место после респираторных инфекций.

Отчетные данные в УЗ «ГОДКБ» за последние 3 года показали, что частота микробно-воспалительных заболеваний составляет 73–77% среди нефрологической патологии у детей.

Цель. Анализ клинических проявлений, диагностики и лечения МВЗП у детей в условиях нашего региона.

Методы исследования. Нами наблюдались 204 ребенка с МВЗП в возрасте от 1 месяца до 17 лет, находившихся на лечении в соматическом отделении УЗ «ГОДКБ» в 2016 году.

Анализировались нозологические формы заболевания, возраст, данные клинического обследования и результаты терапии.

Результаты и их обсуждение. На стационарном лечении в соматическом отделении УЗ «ГОДКБ» находилось 283 ребенка с патологией мочевой системы в возрасте от 1 месяца до 17 лет. У 203 (71,7%) пациентов выявлены микробно-воспалительные заболевания почек (МВЗП), у 80 (28,3%) детей – гломерулярные и другие заболевания почек.

Возраст до 1 года был у 50 (17,6%) детей, 1–3 года – 52 (18,4%), 3–7 лет – 59 (20,8%), 7–12 лет – 50 (17,6%), старше 12 лет – 72 (25,4%) детей. Мальчиков было 79 (28,0%), девочек – 204 (72,0%). Среднее ежемесячное поступление составило 24–28 человек в месяц. Лишь в феврале и марте поступило в стационар 16 и 15 пациентов соответственно, а наибольшее поступление (30 человек) было в августе.

Среди МВЗП инфекция мочевых путей была у 116 (57,1%) пациентов,

пиелонефриты (Пен) – 87 (42,9%), в том числе 68 (33,5%) острых, 19 (9,4%) – хронических. У 54,0% пациентов был выявлен синдром интоксикации, у 56,0% – болевой синдром (у 27,0% – абдоминальный, у 29,0% – поясничный), у 30,0% – дизурический синдром. Мочевой синдром в виде нейтрофильной лейкоцитурии диагностирован у всех (100%) пациентов, у 22,0% – нейтрофилез с лимфоцитозом. У 9,3% пациентов клинических проявлений не было, им диагноз выставлен на основании мочевого синдрома.

Результаты микробиологического обследования показали, что основным возбудителем МВЗП почек была грамотрицательная палочка семейства Enterobacteriaceae (86,4%). 13,6% представлены кишечной палочкой, протеем, грамположительными кокками и др.

В комплекс терапии включался режим (постельный, полупостельный) в среднем 5–7 дней. На 7–10 день назначалась молочно-растительная диета с умеренным ограничением белка (1,5–2 г/кг), соли (до 2–3 г/сут.). Рекомендовалось питье на 50,0% больше возрастной нормы с чередованием слабощелочных минеральных вод («Славяновская», «Смирновская») с клюквенным или брусничным морсом. Соблюдался режим «регулярных» мочеиспусканий (через 2–3 часа в зависимости от возраста).

Основу медикаментозного лечения МВЗП составляет антимикробная терапия. При лечении МВЗП использовались группы антибактериальных препаратов, рекомендованных при мультицентровых микробиологических мониторингах.

Согласно существующим российским «Протоколам диагностики и лечения заболеваний органов мочевой системы у детей» [1], в активную фазу этиотропная терапия основывается на результатах микробиологического исследования. Эмпирическая (стартовая) терапия проводилась с учетом степени активности патологического процесса.

При высокой степени активности использовались «защищенные пенициллины» в ступенчатой терапии (внутривенно 2–3 дня, затем внутримышечно) или цефалоспорины III поколения (2–3 дня внутривенно, затем внутримышечно до 10–14 дней). При средней степени – «защищенные пенициллины» перорально 10–14 дней или цефалоспорины II поколения внутрь в 3 приема. При минимальной степени активности лечение может быть в амбулаторных условиях с использованием «защищенных пенициллинов» и цефалоспоринов.

В основном использовался метод ступенчатой терапии (внутривенное введение препарата, затем внутримышечное, а затем прием через рот). Курс лечения длился 14 дней (21 день – по показаниям). При вторичном Пен длительность терапии зависела от характера уродинамических расстройств и клинико-лабораторных показателей. Длительность терапии антибиотиками продолжалась до 3–4 недель при персистировании возбудителя в моче, неэффективности предшествующей терапии. Антибактериальная терапия неосложненного цистита длилась 7 дней.

При тяжелом течении и выраженной интоксикации первые 1–4 дня проводилась инфузионная терапия.

Согласно вышеуказанным протоколам по мере стихания воспалительного процесса (в среднем через 3–5 дней) назначалась антиоксидантная и мембранстабилизирующая терапия длительностью 3–4 недели (витамины Е, В6, бета-каротин, димефосфон, триовит, эйконол). В последующем курсы антиоксидантной терапии проводятся 10–14 дней 2–3 раза в год в течение всего диспансерного наблюдения за больными детьми. Иммунокорригирующая терапия – по показаниям.

При нормализации показателей в общем анализе крови и мочи и улучшении самочувствия детям после курса антибиотика (10–14–21 день) назначался уросептик (фурамаг) в дозе 1–2 мг/кг 1 раз на ночь в течение 2 месяцев (противорецидивная, поддерживающая терапия). Помимо антибактериальной терапии больные получали дипиридамол в дозе 5–7 мг/кг в течение 1 месяца.

За время пребывания в стационаре при первичном ПеН вначале нормализовалось общее состояние (3–7 дней), затем исчезли изменения в моче (10–15 дней) и в последнюю очередь нормализовались показатели активности воспалительного процесса в крови (СОЭ, нейтрофилез, СРБ, серомукоид и др.). Основная масса пациентов (80,7%) выписывались из стационара после полного курса антибактериальной терапии, 15,3% выписаны по окончании парентерального введения антибиотика при условии ликвидации мочевого синдрома.

Для лечения инфекции мочевыделительной системы общий курс антибактериальной и уросептической терапии составлял 1 месяц: 7–10 дней антибактериальная терапия, а затем – уросептик в поддерживающей дозе. Пациенты с МВЗП в период поддерживающей терапии наряду с уросептиками получали канефрон в возрастной дозировке.

Выводы.

1. МВЗП чаще встречались у девочек и проявлялись интоксикационным, болевым, дизурическим и мочевым синдромами.
2. У 9,3% пациентов клинических проявлений не было. Диагноз им выставлялся на основании мочевого синдрома.
3. По результатам микробиологического обследования основным возбудителем МВЗП была грамотрицательная палочка семейства *Enterobacteriaceae* (86,4%).
4. Вторичные ПеН должны быть вовремя диагностированы и наблюдаться совместно с урологами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Протоколы диагностики и лечения заболеваний органов мочевой системы у детей : Рук-во для врачей – 2-е изд., перераб. и допол. / под ред. А. А. Вялкова [и др.]. – М. : Изд-во «Медакадемия Оренбурга», 2010. – 253 с.