

тям (45%) кроме антигистаминов назначался внутривенно Ig или преднизолон.

В РНПЦ ДОГиИ переведены 7 (9%) пациентов, в связи с сохранившимися обильными высыпаниями и тромбоцитопенией не взирая на проводимую терапию. Повторно госпитализировались 11 детей, из них 10 – дважды, а 1 – трижды. При поступлении у них были выражены клинические проявления и уровень тромбоцитов низкий. У данных детей выявлены сопутствующие заболевания: пищевая аллергия, хронический тонзиллит, гайморит, ожирение, кариозные зубы.

Таким образом, основная масса детей с ИТП имели возраст до 6 лет (53%); в 98% случаев было снижение тромбоцитов в т.ч. глубокая тромбоцитопения у 41,0%. Использование в лечении в/в Ig оказывает хороший терапевтический эффект. Отягощающими обстоятельствами является пищевая аллергия и хронические очаги инфекции.

Литература:

1. Современные представления о патофизиологии и терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры / В.Ю. Петров [и др.] // Педиатрия. – 2009. – Т.87, № 4. – С. 125–132.

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ, ПО ДАННЫМ МИКЦИОННОЙ ЦИСТОГРАФИИ

Хлебовец Н.И.¹, Сметюх Н.И.¹, Дайнеко И.В.²,
Осипова Е.А.², Миклаш Н.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – это обратный ток мочи из мочевого пузыря в верхние мочевые пути, обусловленный врожденным или приобретенным нарушением антирефлюксного механизма пузырно-уретрального сегмента [1].

Среди урологических заболеваний у детей ПМР занимает одно из ведущих мест. По данным многих клиницистов, в 35–68% он является причиной развития так называемого рефлюксогенного пиелонефрита, или рефлюксогенной нефропатии [1].

Микционная цистография (МЦ) является одним из основных методов диагностики ПМР, которая позволяет оценить не только нарушение пассажа мочи, но и анатомическое и функциональное состояние мочевого пузыря и уретры [3].

Согласно Международной классификации, различают 5 степеней везико – уретрального рефлюкса: I ст. – контраст попал только в мочеточник;

II ст. – контраст заполнил внешне неизменённые мочеточник, лоханку и чашечки; III ст. – от лёгкого до умеренного расширения и (или) поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглаженный рисунок чашечек; IV ст. – выраженное расширение и (или) поворот мочеточника, лоханок, чашечек; полное исчезновение острых углов в рисунке чашечек; V ст. – большое расширение и поворот мочеточника (мегауретер) и лоханок, чашечек; рисунок чашечек теряет черты сосочкового [2].

Цель исследования – оценить частоту ПМР у детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ».

Материал и методы исследования. Изучены данные МЦ детей за период с января 2013 г. по декабрь 2014 г. Анализировались структура нарушений мочевого пузыря, степени рефлюкса и их характеристика, возраст пациентов.

Результаты и их обсуждение. Всего за 2013–2014 гг. в УЗ «ГОДКБ» были проведены 572 МЦ у детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет. За 2013 г. – 267 (47%), за 2014г. – 305 (53%). У мальчиков произведено МЦ 179 (31%), у девочек – 393 (69%). По возрасту дети распределились следующим образом: до 1 года – 75 (13%), 1–5 лет – 177 (31%), 5–10 лет – 163 (29%), старше 10 лет – 157 (27%).

Показаниями для проведения МЦ были подозрение на вторичный пиелонефрит (Пен), рецидивирующая ИМВП, уретерогидронефроз, энурез, пиелэктазия, ВПР почек.

По результатам МЦ установлено, что ПМР среди всех обследованных детей выявлен у 133 пациентов (23%), из них односторонний ПМР – у 83 (62%), двусторонний – у 50 (38%). Среди детей с односторонним ПМР у 26 (31%) наблюдался рефлюкс правой почки, а у 57 (69%) – левой почки, из них 2 ребёнка имели ПМР в левую удвоенную почку.

Степени тяжести одностороннего рефлюкса правой почки следующие: I ст. – 6 детей (23,0%), II ст. – 3 (11,5%), III ст. – 10 (38,5%), IV ст. – 3 (11,5%), V ст. – 1 (3,9%), II–III ст. – 2 (7,7%), III–IV ст. – 1 (3,9%); слева – I ст. – 16 (28,1%), II ст. – 3 (5,3%), III ст. – 20 (35,1%), IV ст. – 13 (22,8%), I–II ст. – 2 (3,5%), II–III ст. – 2 (3,5%), III–IV ст. – 1 (1,8%). Из этих данных следует, что чаще у обследованных пациентов выявлялся рефлюкс III ст.: справа – 10 детей (38,5%) и слева – 20 (35,1%). Помимо этого слева выявлялся также ПМР I ст. у 16 детей (28,1%) и IV ст. – у 13 (22,8%).

У 38 детей (76%) с двусторонним ПМР степень рефлюкса обеих почек была одинаковой, а у 12 (24%) – разной. Структура двустороннего ПМР с одинаковой степенью рефлюкса обеих почек выглядит следующим образом: I ст. – 11 детей (29,0%), II ст. – 4 ребёнка (10,5%), III ст. – 13 детей (34,2%), IV ст. – 6 детей (15,8%), I–II ст. – 2 (5,3%) ребёнка, II–III и III–IV ст. по 1 (2,6%) ребёнку.

Мальчиков было 41 (31%), девочек – 92 (69%). Возрастной состав детей с ПМР следующий: дети до 1 года – 27 (20%), от 1 до 5 лет – 46 (35%), от 5 до 10 – 35 (26%), старше 10 лет – 25 (19%).

Анализ степеней тяжести ПМР у детей в возрасте до 1 года (27 детей) показал, что основная масса их имела рефлюкс III и IV ст. (13 и 9 детей соответственно) и лишь 4 ребёнка – II ст., и только 1 ребёнок – I ст. У обследованных детей с помощью МЦ выявлены также анатомические изменения мочевого пузыря и уретры: расширенная уретра – у 7 детей (1%), дивертикул мочевого пузыря – у 9 (1,6%), два и более дивертикула мочевого пузыря – у 3 (0,5%), волнистый неровный контур мочевого пузыря – у 12 (2%), неправильная форма мочевого пузыря – у 5 (0,9%), небольшое отклонение вправо мочевого пузыря – у 2 (0,35%), полип мочевого пузыря – у 1 ребёнка (0,2%).

Выводы:

1. По данным УЗ «ГОДКБ» количество МЦ в 2014 г. увеличилось по сравнению с 2013 г. на 14%. У девочек выполнено 69% исследований, что в 2 раза больше, чем у мальчиков.
2. Во все возрастные периоды проведено одинаковое количество МЦ (27 31%), за исключением первого года жизни.
3. Среди обследованных пациентов почти у каждого четвёртого ребёнка (23%) выявлен ПМР.
4. Чаще встречался односторонний ПМР (62%), причём левосторонний рефлюкс составил 69% случаев. Среди детей с односторонним ПМР чаще имел место рефлюкс III степени.
5. У девочек ПМР выявлялся в 2,2 раза чаще, чем у мальчиков (69% и 31%, соответственно).
6. ПМР выявлялся чаще в возрасте от 1 до 5 лет (35%), однако каждый пятый ребёнок с ПМР был в возрасте до 1 года (20%), причём чаще III–IV степени. В связи с чем необходимо более углубленно обследовать детей в возрасте до 1 года, что возможно позволит выявить ПМР на более ранних стадиях.

Литература:

1. Пугачёв, А.Г. Детская урология: руководство для врачей / А.Г.Пугачев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 832 с.
2. Шабалов, Н.П. Детские болезни: в 2 т / Н.П.Шабалов. – 5-е изд.– СПб: Питер, 2002. – Т. 2. – 736 с.
3. Чиж, А.С. Методы исследования в нефрологии и урологии / А.С.Чиж, В.С.Пилотович, В.Г.Колб. – Мн., Выш. Школа, 1992. – 415 с.