

**ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС И ГИДРОНЕФРОЗ ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ:  
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

*Микробно-воспалительные заболевания у детей на фоне ПМР и гидронефроза имеют более тяжелые, рецидивирующие и хронические течения, нередко осложнялись хронической почечной недостаточностью.*

В структуре почечной патологии инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) составляет в среднем 75,6%- 82 %. Особо настораживает рост числа болезней мочевой системы у подростков (1).

Аномалии развития почек и мочевыводящих путей являются основой для развития микробно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы. Наиболее частыми среди микробно-воспалительных заболеваний на фоне врожденных пороков развития являются обструктивные пиелонефриты (84,8%) и циститы (2).

Наиболее часто встречающимися пороками развития мочевыделительной системы являются: пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и гидронефроз почек (3).

ПМР – это аномалия развития пузырно-мочеточникового соустья, приводящая к ретроградному току мочи из нижних отделов в верхние отделы мочевого тракта.

ПМР имеет довольно широкое распространение и в возрасте от 0 до 14 лет диагностируется в 0,4-1,8% случаев. У новорожденных без признаков аномалии развития обычно диагностируется 1-2 степень ПМР. Данное состояние носит транзиторный характер и может подвергаться регрессии в течение первого года жизни. При 3-4-5 степени ПМР при раннем начале правильного комплексного лечения регрессия отмечается только в 40% случаях.

ПМР не имеет характерной клинической картины, выявляется в 100% случаях на фоне инфекции мочевыводящих путей.

ПМР часто сочетается с гидронефрозом, поликистозом, аплазией и гипоплазией почки.

Комплексная консервативная терапия является эффективной при ПМР 1-2 степени, 3-5 степень - является показанием для оперативного лечения.

Гидронефроз – обструктивная уропатия, стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек на почве нарушения оттока мочи в пиелoureтеральном сегменте за счет стеноза, сдавления добавочным сосудом, клапаном слизистой мочеточника – чаще врожденного характера (3).

К приобретенным причинам гидронефроза относится: мочекаменная болезнь, опухоли, рубцевание мочеточника в результате воспалительного процесса.

При гидронефрозе различают 4 стадии патологического процесса: 1 стадия – прегидронефроз – пиелозктазия; 2 и 3 стадия – это собственно гидронефроз с большим или меньшим сохранением функций почки; 4 стадия – гидронефроз с резким истончением ткани паренхимы и полной потерей функциональной способности пораженного органа.

У 100% детей гидронефроз диагностируется на фоне инфекции мочевыводящих путей.

При 1 стадии лечение комплексное, консервативное: стимуляция оттока мочи, лечение пиелонефрита, физиолечение, массаж. Если нет эффекта – хирургическое лечение. При 2-3-4 стадиях – органосохраняющие операции, направленные на восстановление пиелoureтерального сегмента (пластика прилоханочного отдела мочеточника), иногда нефрэктомия.

Привожу случай из практики: Большой Ф, 11 мес. Обратились с жалобами на повышение температуры в течение 2 месяцев, боли в животе, учащение мочеиспускание, снижение аппетита. Ребенок от II беременности, протекавшей на фоне анемии, пиелонефрита. Роды самостоятельные в сроки 39-40 недель. В возрасте 28 дней экстренно прооперирован по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи слева со сдавливанием элементов семенного канатика. В 6 месяцев находился в детской инфекционной больнице с диагнозом ОКИ, инфекция мочевыводящих путей, двухсторонний отит. После выписки сохранялась лихорадка, периодические боли в животе, учащенное мочеиспускание, сниженный аппетит. В крови наблюдался нейтрофилез, ускоренное СОЭ до 43 мм/час, в анализах мочи – лейкоцитурия, микрогематурия, протеинурия. Эффекта от амбулаторного лечения не отмечено и ребенок направлен в стационар.

Состояние при поступлении средней тяжести, самочувствие нарушено. Бледный, под глазами «темные круги». Отеков и пастозности нет. Со стороны мышечной системы гипотония. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное. Перкуторный звук не изменен. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, слева в паховой области послеоперационный рубец. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, безболезненный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Мочится часто, безболезненно. Стул кашицеобразный.

В общем анализе крови (при поступлении): анемия - Нв 102 г/л, ЦП 28,8, лейкоцитоз 9 тысяч, СОЭ 43 мм/час., биохимические анализы крови в норме.

В анализе мочи удельный вес 1030, белок – 0,033 г/л; лейкоциты сплошь, эритроциты 10-15, слизь +. Бакпосев мочи - выделен негемолизирующий энтерококк 50.000 МК в 1,0 мл.

УЗИ органов брюшной полости: правая почка размером 7,0 x 3,1 см, толщина паренхимы 1,4 см, чашечно-лоханочная система 1,7 см, лоханка расширена до 3,0 см, левая почка размером 7,3 x 3,5 см, толщина паренхимы 1,6 см, чашечно-лоханочная система 1,9 см, лоханка расширена до 3,2 см. Чашечки до 1,1 см. Расширение и деформация ЧЛС с обеих сторон. Паренхима истончена. Заключение: Гидронефроз обеих почек.

Внутривенная урография – На обзорном снимке в устье правого мочеточника и в мочевом пузыре обнаруживаются мелкие конкременты. Тени почек бобовидной формы, контуры левой почки нечеткие. Функция левой почки снижена. На пиелограмме обнаруживаются выраженные расширение лоханки, чашечек и мочеточника слева. Стеноз пельвиoureтерального сегмента. Паренхима почек истончена. Расширение чашечек и лоханки правой почки, пиелотубулярный прегидронефроз. Мочевой пузырь гипотоничен. Контурсы неровные. Заключение: Вторичный хронический

обструктивный пиелонефрит. Стеноз пельвиоуретерального сегмента. Уретерогидронефроз слева IV ст. Прегидронефроз справа.

Консультирован урологом. Выставлен клинический диагноз: Хронический вторичный пиелонефрит на фоне уретерогидронефроза IV ст. слева, мегауретер, обострение.

Выводы: учитывая высокую частоту врожденных пороков развития мочевой системы и частое наложение инфекции, участковым педиатрам и родителям необходимо быть внимательнее к неоднократным жалобам ребенка на боли в животе, пояснице, утомляемость, наличие субфебрильной температуры без катаральных явлений, особенно в семьях с отягощенным нефроурологическим анамнезом. Необходимо проводить таким детям анализ мочи и УЗИ исследования органов брюшной полости с целью раннего выявления и лечения врожденных пороков развития и наложившейся инфекции мочевыделительной системы, а также для профилактики осложнений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Санкт-Петербург, Сотис, 1997, с 450-501.
- 2 Эрман М.В. Лекции по педиатрии, Фолиант, 2001, с.280.
- 3 Садыкова В.Б., и др. Гидронефроз почек у детей. В материалах научно-практической конференции «Проблемы педиатрии» Алматы, 2002, с. 138-139.