

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ - ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Целью работы было выявление удельного веса врожденных пороков развития мочевой системы у детей, состоящих на диспансерном учете с диагнозом хронический пиелонефрит. Из 30 диспансерных больных ВПРМВС составили 26.8%, все случаи ВПРМВС выявлены при обращении по поводу ИМС. Пиелонефриты на фоне ВПРМВС имели более тяжелое, рецидивирующее и хроническое течение. Выявлены основные причины: позднее обращение, низкий уровень санитарно-просветительной работы среди населения. Библиографий: 4

Ключевые слова: ИМВП, ВПРМВС, ПМР, гидронефроз

Аномалии развития почек и мочевыводящих путей являются основой для развития микробно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы. (2).

Целью нашего исследования было выявление удельного веса врожденных пороков развития мочевой системы среди детей, состоящих на диспансерном учете с хроническим обструктивным пиелонефритом. Анализ проведенный в течение последних 3 лет показал, что удельный вес детей с врожденной почечной патологией составил 26.8% из числа обследованных больных. Структура врожденных пороков составила: нефроптоз 50%, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – 30.1%, гидронефроз- 9.4%, агенезия, немая почка 2.1%, поликистоз - 1.6%, полное и неполное удвоение ЧЛС 0.56%.

Для диагностики применяли основные методы исследования (4): общий анализ крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бакпосев мочи, биохимический анализ крови, УЗИ и рентгеноурологические методы исследования, при «немой» почке, показаны ретроградная пиелография, почечная ангиография. Данные обследования показали, что более 50% детей имели нефроптоз. Наиболее часто встречающимися пороками развития мочевыделительной системы являются: пузырно-мочеточниковый рефлюкс и гидронефроз почек. Возраст обследованных детей от 1.5 месяцев до 15 лет. Все они обследованы в стационарах при поступлении впервые с диагнозом ИМВП, повторные исследования проводились при повторных госпитализациях и частично амбулаторно.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – это аномалия развития пузырно-мочеточникового соустья, приводящая к ретроградному току мочи из нижних в верхние отделы мочевого тракта составила у наблюдаемых нами детей 30.1%. 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 (3).

В зависимости от степени заброса рентгеноконтрастного вещества и дилатации полостей МВС ПМР делится на 5 степеней: 1 степень – заброс контрастного вещества только в мочеточник; 2 степень – заброс контрастного вещества в мочеточник, лоханку и чашечки без дилатации и изменений со стороны форниксов; 3 степень – незначительная или умеренная дилатация мочеточника и лоханки при отсутствии или склонности к образованию прямого угла форниксами; 4 степень – умеренная дилатация мочеточника, его извилистость, умеренная дилатация лоханки и чашечек, обусловленность острого угла форниксами; 5 степень – выраженная дилатация и извилистость мочеточника, выраженная дилатация лоханки и чашечек, у большинства чашечек сосочковость не прослеживается.

ПМР не имеет характерной клинической картины, выявляется в 100% случаях на фоне инфекции мочевыводящих путей, часто сочетается с гидронефрозом, поликистозом, аплазией и гипоплазией почки. Комплексная консервативная терапия является эффективной при ПМР 1-2 степени, 3-5 степени - являются показанием для оперативного лечения.

Гидронефроз (1) – обструктивная уропатия, стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек на почве нарушения оттока мочи в пиелоретеральном сегменте за счет стеноза, сдавливания добавочным сосудом, клапаном слизистой мочеточника – чаще врожденного характера. К приобретенным причинам гидронефроза относятся: мочекаменная болезнь, опухоли, рубцевание мочеточника в результате воспалительного процесса. У наблюдаемых нами детей удельный вес гидронефроза составила 9.4%.

При гидронефрозе различают 4 стадии патологического процесса (1,2): 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. 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 пиелоретерального сегмента, иногда нефрэктомия. У 100% детей гидронефроз диагностируется на фоне инфекции мочевыводящих путей.

Выводы:

1. Врожденные пороки развития мочевыделительной системы не редкая патология у детей и составляет 26.8% среди детей с ИМВП состоящих на диспансерном учете.
2. Микробно-воспалительные заболевания у детей на фоне ПМР и гидронефроза имели более тяжелые, рецидивирующие и хронические течения, осложнились хронической почечной недостаточностью у двоих (6.6%), оперативному лечению подверглись 3 детей (10%).
3. 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.

4. Необходимо проводить таким детям анализ мочи и УЗИ исследования органов брюшной полости с целью раннего выявления и лечения врожденных пороков развития и наслонившейся инфекции мочевыделительной системы, а также для профилактики осложнений.

5. Низок уровень санитарно-просветительной работы среди населения по патологии мочевыделительной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Садыкова В.Б., Лобанова Р.П., Аманбаева Л.А., Алпысбаева С.Д. Гидронефроз почек у детей. В материалах научно-практической конференции «Проблемы педиатрии: Стратегия развития и перспективы». – Алматы:2002. - С. 138-139
- 2 Столова Э.Н. Частота парциальной обструкции при врожденных аномалиях почек и мочевыводящих путей. Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской нефрологии и урологии» (13-14 октября 1998 г.). - Алматы: 1998. – 65 с.
- 3 Папаян А.В., Аничкова И.В. «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс – нефропатия» Руководство для врачей «Клиническая нефрология детского возраста». –СПб.: Сотис,1997. - С. 529-544.
- 4 Кенжебаева К.А. и др. «Ранняя диагностика врожденных пороков развития мочевыделительной системы у новорожденных детей». Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской нефрологии и урологии» (13-14 октября 1998 г.). – Алматы: С. 38-40.
- 5 Автор: Жумадилаева Д.К. ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4, врач педиатр.