

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ – У роботі представлено аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних показників при гострому піелонефриті у дітей раннього віку. Визначено чинники, які сприяють розвитку гострого піелонефриту (ПН) у дітей раннього віку. Встановлено, що причинами розвитку вторинного ПН у дітей раннього віку є гідронефротична трансформація, міхурово-сечовідний рефлюкс, аномалії розвитку сечостатевої системи (подвоєння чашко-мискової системи (ЧМС), гіпотензія сечостатевої системи).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА – В работе представлен анализ клинических, лабораторных и инструментальных показателей при остром пиелонефрите в детей раннего возраста. Определены факторы, которые способствуют развитию острого пиелонефрита (ПН) в детей раннего возраста. Установлено, что причинами развития вторичного ПН в детей раннего возраста есть гидронефротическая трансформация, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, аномалии развития мочеполовой системы (удвоение чашко-мисковой системы (ЧМС), гипотензия мочеполовой системы).

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF AN ACUTE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN OF EARLY AGE – The article adduces the analysis of clinical, laboratory and instrumental indices at acute pyelonephritis in children of early age. There were determined the factors which contribute to the development of an acute pyelonephritis (AP) in children of early age. There was determined that the causes of secondary AP in children of early age is hydronephrosis transformation, bladder-ureter reflux, anomalies of development of urinary system, hypotonia of urinary system.

Ключові слова: гострий піелонефрит, діти раннього віку.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, дети раннего возраста.

Key words: acute pyelonephritis, children of early age.

ВСТУП Серед захворювань органів сечостатевої системи найчастіше зустрічають мікробнозапальні ураження нирок і сечових шляхів. Запальні захворювання органів сечової системи впродовж останніх років складають 77–89 % всіх випадків госпіталізації дітей до нефрологічних стаціонарів [1]. Ця найчисельніша група хвороб у дитячій нефрологічній клініці характеризується не тільки високою поширеністю, але і схильністю до рецидивного перебігу [2].

Вагоме місце серед мікробнозапальних уражень нирок та сечових шляхів займає піелонефрит [3]. Актуальність проблеми ПН зумовлена не тільки його високою поширеністю серед дітей раннього віку, але й значною варіабельністю клінічної картини захворювання, що обґрунтовує необхідність ранньої діагностики патології. У дітей раннього віку діагностика ПН утруднена [4]. Так, згідно з літературними даними, останні потрапляють у клініку на 2–4-й тиждень від моменту прояву перших симптомів захворювання.

Разом з тим відомо, що склеротичний процес при піелонефриті, який призводить до зморщення та припинення функціонування нирки, настає швидше та

інтенсивніше саме у дітей раннього віку, ніж у дітей інших вікових груп [5]. Враховуючи вищевказане, метою нашої роботи стало вивчення клінічного перебігу та діагностики гострого піелонефриту в дітей раннього віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами проведено комплексне обстеження 54 дітей віком від 1 місяця до 3-х років, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей раннього віку Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні з приводу гострого піелонефриту. Верифікацію діагнозу проводили на основі поглибленого обстеження згідно з наказом МОЗ України № 627 від 03.11.2008 р. “Про лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиціальним нефритом”.

Крім того, програма обстеження хворих включала аналіз акушерського анамнезу, стан здоров'я матері до і під час вагітності, перенесені захворювання. Діагнозу піелонефриту встановлювали на основі клінічних даних, результатів біохімічного, бактеріологічного, ультразвукового, рентгенологічного досліджень.

Обстежених хворих поділили на дві клінічні групи. До першої групи включено 38 дітей, хворих на первинний гострий піелонефрит. Другу групу становили 16 дітей із вторинним гострим піелонефритом. Серед усіх обстежених хлопчиків було 15 (27,77 %), дівчаток – 39 (72,22 %).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Результати дослідження свідчать, що обтяжений акушерський анамнез реєстрували у більшості респондентів (68,61 %). Так, від пізнього гестозу страждали 24,07 % жінок, загрозу переривання вагітності спостерігали у 18,51 % матерів. Слід відмітити, що у 5,5 % матерів в анамнезі були викидні. При вивченні екстрагенітальної патології було встановлено, що гестаційний піелонефрит мали 11,1 % жінок. Гостру респіраторну вірусну інфекцію під час вагітності перенесли 5,5 % обстежених. Слід відмітити, що гінекологічні захворювання до вагітності мали 9,25 % жінок. У 14,81 % матерів також мала місце хронічна соматична патологія (хронічний піелонефрит у 9,25 % та хронічний тонзиліт у 5,55 %). Варто звернути увагу на те, що 5,5 % жінок мали шкідливі звички (куріння), а 1,85 % – професійні шкідливості.

Патологічний перебіг пологів відмічено у 12,98 % жінок. Слід зазначити, що 9,25 % малюків перенесли гіпоксію, а у 3,7 % обстежених була аспірація навколплідними водами.

22,2 % дітей народились шляхом кесаревого розтину.

Обтяжений спадковий анамнез із патології нирок було виявлено у 29,62 % дітей. Так, серед захворювань сечостатевої системи у батьків обстежених дітей мав місце хронічний піелонефрит (18,51 %), гломерулонефрит (3,07 %), гідронефроз нирок (5,55 %), подвоєння нирок (7,4 %), підковоподібна нирка (1,85 %).

Розвитку гострого пієлонефриту в обстежених дітей передували гострі респіраторні інфекції (38,88%), інтестинальні розлади – в 33,33% дітей з переважанням діарейного синдрому (21,15%). Слід відмітити, що у 18,51% хворих не було встановлено передуючого фактора розвитку гострого пієлонефриту.

При вивченні етіологічної структури гострого пієлонефриту виявлено, що запалення нирок у дітей раннього віку найчастіше викликає *Escherichia coli* (55,55%) та *Proteus mirabilis* (35,18%).

Діагноз ПН амбулаторно було встановлено у більшості дітей (51,85%). Однак у 48,15% дітей захворювання було діагностовано в стаціонарі. Оскільки на момент госпіталізації клінічна картина захворювання проявлялася лише лихоманкою. Варто відмітити, що серед дітей, які були госпіталізовані до стаціонару без явної клінічної картини захворювання, частіше встановлювали вторинний гострий ПН (65,38%).

Причинами розвитку вторинного ПН у дітей раннього віку були гідронефротична трансформація ЧМС (81,48%), міхурово-сечовідний рефлюкс (72,22%), аномалії розвитку сечостатевої системи (подвоєння ЧМС – 16,6%), гіпотензія сечостатевої системи (14,81%).

При вивченні вікової структури гострого ПН встановлено, що первинний ПН зазвичай переважав у віці 1–3 років (66,5%), тоді як вторинний ПН частіше було виявлено на 1-му році життя (59,4%).

Клінічну основу як первинного, так і вторинного гострого ПН, склали інтоксикаційний, сечовий, диспепсичний та абдомінальний синдроми. Так, лихоманка переважала у дітей із вторинним ПН (85,24%), тоді як при первинному ПН вона була наявна у 60,5% обстежених. Фебрильна лихоманка зустрічалась в 2 рази частіше порівняно з субфебрилітетом (68,51 та 33,3% відповідно). Інтоксикаційний синдром проявлявся також блідістю шкірних покривів, порушенням сну, зниженням апетиту. Зниження апетиту та порушення сну переважали також у дітей із вторинним ПН (42,59 та 38,8% відповідно). Тоді як при первинному ПН вищенаведені показники були достовірно меншими (31,52% та 22,2% відповідно), $p < 0,05$. Слід відмітити, що у 68,51% випадків клінічна картина первинного ПН характеризувалася лише сечовим синдромом.

Разом з тим, прояви сечового синдрому залежали від групи обстеження дітей. Так, лейкоцитурію визначали у 100% спостережень, що не залежала від гру-

пи обстеження. Протеїнурія була більш вираженою та достовірно частіше зустрічалась при вторинному, ніж при первинному ПН (44,4 та 20,37% відповідно), $p < 0,05$. Полакіурія також частіше мала місце серед дітей із вторинним генезом захворювання (25,92%).

Еквівалентом больового синдрому в дітей раннього віку був неспокій та капризність (40,74%).

Ми провели аналіз лабораторних показників активності запального процесу залежно від групи обстеження дітей. Так, лейкоцитоз переважав у дітей при вторинному ПН (87,03%). Тоді як підвищення ШОЕ та СРБ відмічались у більшості дітей із первинним ПН (відповідно у 57,4 та 42,59%).

ВИСНОВКИ У більшості дітей раннього віку (66,6%) клінічні прояви гострого пієлонефриту характеризуються лише сечовим синдромом.

Вторинний пієлонефрит переважає серед дітей першого року життя, причиною якого є гідронефротична трансформація ЧМС, міхурово-сечовідний рефлюкс, аномалії розвитку сечостатевої системи.

Перспективи подальших досліджень Враховуючи, що показники активності запального процесу при гострому пієлонефриті визначаються лише у 43,6% дітей раннього віку, доцільним є пошук ранніх діагностичних маркерів захворювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клініко-лабораторна характеристика пієлонефриту в дітей різних вікових груп / О. О. Дащенко, І. В. Багдасарова, О. В. Лавренчук // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 3. – С. 42.
2. Ензимодіагностика дисфункції тубулярного епітелію нирок у дітей, хворих на пієлонефрит / Л. Я. Мигаль, І. В. Багдасарова, О. О. Дащенко [та ін.] // Український журнал нефрології та діалізу. – 2007. – № 1. – С. 28.
3. Основы нефрологии детского возраста / А. Ф. Возианов, В. Г. Майданник, В. Г. Бидный, И. В. Багдасарова. – К. : Книга плюс, 2002. – 348 с.
4. Инфекция органов мочевой системы у детей. Роль органической и функциональной обструкции / А. В. Папаян и др. – СПб., 2001.
5. Особенности пиелонефрита у детей грудного возраста / Л. С. Зыкова, Э. М. Тухватуллина, О. В. Мотыженкова, О. К. Любимова // Российский педиатрический журнал. – 2003. – № 2. – С. 8.
6. Наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008 р. “Про лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиціальним нефритом”

Отримано 19.06.12