

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (МВС) У ДЕТЕЙ СО SPINA BIFIDA

Ливатинова А.Н., Романова Е.А.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Сахно Л.В.
Кафедра поликлинической педиатрии им. акад. А.Ф. Тура
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: патология спинного мозга может приводить к патологии МВС [1], что проявляется мочевым синдромом, приводит к хроническому пиелонефриту и, в случае отсутствия наблюдения и лечения, заканчивается неблагоприятным исходом (уросепсисом и почечной недостаточностью) [2].

Цель исследования: изучить частоту патологии МВС у детей со Spina bifida и диспансеризацию этих пациентов.

Материалы и методы: произведено анкетирование родителей и детальный анализ 17 историй болезни детей, родившихся со Spina bifida (М-6, Д-11), находившихся на лечении в отделении урологии Клиники СПб ГПМУ (8 чел), неврологии ОДКБ(6 чел), ортопедии Детского ортопедического института им. Г.И. Турнера (3 чел).

Результаты: у всех обследованных нами детей имеются нарушения функций тазовых органов. Все пациенты наблюдаются неврологом и ортопедом по месту жительства. По данным историй болезней у всех больных отмечается бактериурия и лейкоцитурия. Из 17 детей хронический пиелонефрит выявлен у 10 (60%), но на учете до поступления в стационар стояли 2 пациента. До госпитализации на отделение урологии никто из 8 детей не состоял на учете. С момента постановки урологического диагноза все дети ежедневно катетеризируются, принимают курсы уросептиков.

Выводы: дети с диагнозом Spina bifida состоят на учете только у ортопеда и невролога. Участковый педиатр должен направлять таких больных на консультацию к урологу (нефрологу) для дальнейшего корректного обследования и лечения.

Литература

1. Гескилл С., Мерлин А. Детская неврология и нейрохирургия. М., 1996.
2. Панасенко Т.В. Современные аспекты диагностики и лечения спинномозговых грыж у детей / Т.В. Панасенко, Т.О. Омурбеков.
3. Иванов В.С. Современная тактика лечения детей со спинномозговыми грыжами. / В.С. Иванов, Э.Ф. Фатыхова // Материалы 4-го всероссийского съезда нейрохирургов 2006 г. 24 с.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Коцкович А.В.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Сахно Л.В.
Кафедра поликлинической педиатрии им. акад. А.Ф. Тура
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: распространенность инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) в среднем составляет 18 случаев на 1000 детского населения [1, 2], поэтому ранняя диагностика патологии МВС и диспансерное наблюдение педиатром актуальны в профилактике тяжелого течения и хронизации воспалительного процесса.

Цель исследования: оценка профилактического выявления и диспансерного наблюдения ИМВП у детей в условиях амбулаторного звена.

Материалы и методы: методом случайной выборки (зав.пед.отд ДПО 57 Сайданова И.В.) были отобраны амбулаторные карты 50 детей с целью оценки эффективности профилактических осмотров (по Приказу N514н Минздрава РФ от 10.08.2017) и 31 карта детей с патологией МВС для оценки диспансерного наблюдения.

Результаты: анализ 50 форм 112/у детей возраста 1–12 мес. (м-23, дев.— 27) показал, что в профилактических анализах мочи выявлена лейкоцитурия+бактериурия у 22 чел. (44%), бактериурия у 27 чел. (54%) из них у 66% патологии по УЗИ не выявлено, у 5 чел. выявлена пиелозктазия (у 1 из них пиелонефрит пролечен и взят на учет). 12 человек (24%) не имеют в карте данных УЗИ. Повторные анализы мочи у них в норме. Методом анкетирования родителей (20 человек) у кабинета неонатолога мы выяснили, что правил сбора мочи они не знают.

Далее мы проанализировали 31 форму 112/у детей (возраст 0,5–16 лет, м-7, дев.-24), находящихся на диспансерном учете с диагнозами: 13% хронический цистит, 19% хронический первичный пиелонефрит, 39% — хронический вторичный пиелонефрит, 29% повторные ИМВП. В 58% первичная постановка диагноза основывалась на клинической картине. Патология по УЗИ была выявлена у 19% до клинических проявлений. Диспансерное наблюдение соответствует клиническим рекомендациям[2].

Выводы: профилактические исследования УЗИ почек и анализа мочи показали свою эффективность при их четком выполнении. В связи с высоким риском контаминации при сборе мочи выявлена гипердиагностика ИМВП, поэтому составленную нами памятку для родителей считаем актуальной в практике участкового педиатра [3].

Литература

1. Детская нефрология: практическое руководство / Под ред. Э. Лоймана, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. М.: Литера, 2010. 400 с.
2. Педиатрия. Клинические рекомендации под редакцией акад. РАМН А.А. Баранова, 2018, с. 81–95 https://t.mc/pediatrics_gus.
3. Федеральный проект «Бережливая поликлиника» методические рекомендации / Минздрав РФ, госкорпорация «Росатом». Москва, 2017. 43 с.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Яушева Е.А., Вешкина Т.И.

Кафедра педиатрии
Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва

Актуальность исследования: актуальность проблемы острого повреждения почек (ОПП) у детей обусловлена многообразием причин развития, возрастными особенностями течения патологического процесса и большой вероятностью прогрессирования в хроническую болезнь почек [1, 2].

Цель исследования: проанализировать этиологическую структуру ОПП у детей Республики Мордовия.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни детей (n=34), находившихся на стационарном лечении в Детской республиканской клинической больнице с 2000 по 2018 гг. по поводу ОПП. Мальчиков было 16, девочек — 18. Возраст пациентов на момент диагностирования ОПП составил от 1 месяца до 16 лет.

Результаты: в большинстве случаев ОПП было диагностировано у детей первых трех лет жизни (85,3%). Основной причиной ОПП (67,6% случаев) был гемолитико-уремический синдром (ГУС), реже — острая кишечная инфекция (11,9%), прием лекарственных препаратов (НПВС) — 5,9%, врожденный нефротический синдром (2,9%), синдром Дениса-Драша (2,9%),