

УДК 616-036.86(571.14)

Яхудаев Э.М.

Кафедра пропедевтики детских болезней лечебного факультета

Андижанский государственный медицинский институт

**ТАКТИКА ВРАЧА-ПЕДИАТРА В ПОВЫШЕНИИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ**

Резюме: В зависимости от вида возбудителя ИМС может быть бактериальной, вирусной, микотической и невыясненной этиологии. Наиболее часто при ИМС высеиваются представители семейства Enterobacteriaceae, а среди них – кишечная палочка (*E. coli*), доля которой, по данным разных авторов, колеблется от 40 до 90%.

Ключевые слова: цистит, диагностика, лечение, дети.

Yahudaev E.M.

Department of Propaedeutics of Children's Diseases of the

Faculty of Medicine

Andijan State Medical Institute

**THE TACTICS OF A PEDIATRICIAN IN IMPROVING THE
EFFECTIVENESS OF MODERN METHODS OF TREATMENT AND
PREVENTION OF CYSTITIS IN CHILDREN**

Resume: Depending on the type of pathogen, IC may be bacterial, viral, mycotic, and unexplained etiology. Representatives of the Enterobacteriaceae family are most often sown with IC, and among them is *E. coli*, the proportion of which, according to various authors, ranges from 40 to 90%.

Key words: cystitis, diagnosis, treatment, children.

Актуальность проблемы. Известно, что острый цистит легко поддается лечению, в отличие от него рецидивирующий цистит требует

многоэтапной терапии под динамическим контролем. Под циститом подразумевается воспаление слизистой оболочки и подслизистого слоя мочевого пузыря, сопровождающиеся нарушением его функции. Статистика демонстрирует, что у девочек заболевание встречается до 6 раз чаще, чем у мальчиков.

Предрасполагающими факторами являются нарушения уродинамики нижних мочевых путей, заболевания наружных половых органов и органов малого таза, а также снижение местной иммунологической защиты, нарушений целостности эпителиального слоя мочевого пузыря в результате воздействия различных факторов (охлаждение, травмы, хирургические вмешательства, конкременты, радиация, токсические вещества).

Наиболее частыми возбудителями циститов являются кишечная палочка *E. coli* (50–80% случаев), клебсиелла, протей, сапрофитный стафилококк, энтерококки, синегнойная палочка, а также микробные ассоциации (кишечная палочка + стрептококк фокальный или стафилококк эпидермальный и т. д.). Циститы подразделяются по этиологии на инфекционные и неинфекционные, которые, в свою очередь, делятся на специфические и неспецифические. По форме — на первичные и вторичные.

По течению — на острые и хронические. По характеру изменений слизистой — на катаральные, кистозные (буллезные), гранулярные, фибринозные, язвенные, полипозные, также выделяется интерстициальный и некротический цистит. По распространенности выделяют очаговый (пришеечный, тригонит) и диффузный цистит. Заболевание может протекать с осложнениями или без таковых.

В связи с широкой распространенностью ХрЦ с этой патологией приходится сталкиваться врачам различных специальностей, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Поэтому поиск новых схем

внутрипузырной терапии, дифференцированный подход к выбору вводимых препаратов на основании особенностей клиники и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования у конкретного больного, страдающего ХрЦ, представляются нам весьма актуальными.

Цель исследования: разработать дифференцированный подход при лечении хронических циститов у детей на основании выделения клинико-эндоскопических вариантов.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование, наблюдение и лечение 163 девочек, страдающих хроническим циститом, на базе АОДБ, отделении нефрологии.

В исследование были включены дети 4-16 лет, страдающие ХрЦ, подтверждённым эндоскопически, не имеющие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Пациенты имели стаж заболевания от 2 до 5 лет. Терапия, проводимая им по месту жительства (введение пероральных и парентеральных уроантисептиков, инсталляции антисептических, иммуномодулирующих и стимулирующих репарацию препаратов) по поводу ХрЦ, не имела стойкого эффекта.

Результаты собственных исследований. Атипичная флора (хламидии трахоматис, уреоплазма и микоплазма), по мнению большинства авторов, способна вызвать урогенитальные заболевания на дистальном уровне (уретрит, вульвит, вульвовагинит, баланопостит), но не может быть этиологическим фактором ПиН.

Острый и хронический цистит – наиболее частые проявления ИМС у детей. Цистит редко встречается у новорожденных и грудных детей, основной пик заболеваемости приходится на возраст от 4 до 13 лет. Острый неосложненный цистит у девочек диагностируется в 6 раз чаще, чем у мальчиков. Заболевание у девочек часто появляется вскоре после нарушений гигиены или острой инфекции в половой сфере. Начало

острого цистита нередко связано с переохлаждением или возникает как осложнение инфекции другой локализации: острого респираторного заболевания, отита, гайморита, стоматита, тонзиллита и т.д.

Острый цистит характеризуется частыми и болезненными мочеиспусканиями, болями или дискомфортом в наружных половых органах и внизу живота, иногда симптомами интоксикации. Нередко ухудшается сон, дети становятся вялыми, малоподвижными, вынуждены мочиться каждые 20-30 минут, их беспокоят резкие боли и выделения 1-2 капель крови в конце мочеиспускания. Внешне моча может быть мутной вследствие наличия в ней бактерий, слизи, слущенного эпителия, лейкоцитов, эритроцитов, имеет неприятный запах. Пальпация области мочевого пузыря резко болезненна. Симптомы интоксикации пропорциональны возрасту: чем младше ребенок, тем они очевиднее.

Хронический цистит у детей следует всегда относить к осложненной ИМС. Его особенностями у детей являются изолированность даже при значительной давности заболевания, склонность к рецидивирующему течению, преобладание общеклинической симптоматики. Слизистая оболочка мочевого пузыря имеет значительную устойчивость к инфекциям, и поэтому для возникновения цистита необходимы предрасполагающие факторы: аномалии и заболевания уретры и мочевого пузыря, затрудняющие нормальный акт мочеиспускания и полное опорожнение мочевого пузыря, нарушения кровообращения стенки мочевого пузыря.

Хронический цистит в сочетании с наиболее частой аномалией мочеточника – ПМР – способствует инфицированию почек и может привести к развитию рефлюкс-нефропатии. В связи с этим во всех случаях рецидивирования цистита показано полное урологическое обследование, которое начинают с малоинвазивных методов: записи ритма спонтанных мочеиспусканий, УЗИ мочевого пузыря и верхних мочевых путей с

определением остаточной мочи, урофлоуметрии. При необходимости исследование дополняется микционной цистографией, уретроцистоскопией, калибровкой уретры, цистометрией и др.

Острый ПиН. Клинические проявления острого ПиН характеризуются преобладанием симптомов общего инфекционного заболевания, к которому в последующем присоединяются и местные признаки.

Для детей первых лет жизни характерно малосимптомное течение с отказом от еды, срыгиваниями, уплощением весовой кривой, нарушением стула, повышенной возбудимостью, серой окраской кожных покровов, субнормальной температурой. У детей с врожденными пороками органов мочевой системы отмечается более яркая картина: субфебрильная температура, нарастание симптомов интоксикации, усиление неврологической симптоматики у ребенка с перинатальным поражением центральной нервной системы, появление пастозности тканей, дисфункция кишечника с патологической копрограммой. У части детей заболевание развивается бурно: постоянная или интермиттирующая лихорадка сочетается с нарастающей интоксикацией. Могут быть затемненное сознание, судороги, менингеальные симптомы, картина инфекционно-токсического шока. На высоте клинических проявлений заболевания у большинства детей отмечаются также расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта: отсутствие аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота, понос. Это приводит к быстрой дегидратации, нарастают признаки эксикоза: западает большой родничок, заостряются черты лица, снижается тургор кожи.

Несмотря на высокую температуру, кожа и видимые слизистые бледные. Могут быть проявления миалгии и артралгии, одышка, гепатоспленомегалия.

У детей старшего возраста «общинфекционные» симптомы проявляются менее резко, нередко возможны «беспричинные» подъемы температуры на фоне обычного самочувствия. Для них характерна лихорадка с ознобом, симптомы интоксикации, постоянные или периодические боли в животе и поясничной области, положительный симптом поколачивания. Возможно течение ПиН под «маской» гриппа или острого аппендицита. Локальная симптоматика представлена постоянными ноющими болями в поясничной области и/или животе, которые усиливаются при пальпации живота и/или почек или поколачивании по поясничной области. Расстройства мочеиспускания в виде поллакиурии и болезненных позывов наблюдаются в случаях, когда острый ПиН протекает на фоне острого или обострения хронического цистита. Суточный диурез обычно снижается в течение первых 2-3 дней.

Развитие инфекционного воспаления наиболее остро протекает на фоне нарушенной уродинамики – при полном или неполном блоке оттока мочи из почек или забросе инфицированной мочи из мочевого пузыря в чашечно-лоханочную систему почки при ПМР, при появлении гнойных осложнений – карбункула почки, апостематозного ПиН, папиллита. Температура повышается до фебрильных цифр или становится гектической. Это сопровождается проливными холодными потами и потрясающим ознобом. Больных беспокоят резкая общая слабость, головные и мышечные боли, отсутствие аппетита, тошнота, рвота.

Прогрессивно усиливаются, затем становятся постоянными боли в поясничной области, что связано с нарушением уро- и гемодинамики. Даже при поверхностной пальпации области почек отмечаются резкая болезненность, напряженность мышц. У многих детей наблюдается отечность мягких тканей в области позвоночно-реберного угла на стороне поражения.

При рецидивирующем течении степень выраженности основных синдромов (интоксикационный, болевой, расстройства мочеиспускания, мочевого, водно-электролитных нарушений) и общая клиническая картина напоминают манифестацию острого ПиН. Наиболее непредсказуемо латентное течение ПиН: отсутствие клинических проявлений не вызывает чувства тревоги не только у пациентов и их родителей, но и у врачей, в связи с чем не проводится патогенетически обоснованное лечение, что способствует развитию необратимых изменений в почках – нефросклероза, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности.

Вывод. В общей структуре хронических циститов у детей ведущим этиологическим фактором является кишечная палочка (36%) Определена заинтересованность вирусов герпетической группы (цитомегаловируса и вируса простого герпеса 1 типа) в развитии гранулярного хронического цистита у детей.

У детей с хроническим циститом отсутствуют достоверные клинико-морфологические параллели между гранулярным и буллёзным хроническим циститом.

При первичном поступлении в клинику детей с подозрением на хронический цистит рекомендовано добавить в схему обследования цистоскопию с биопсией воспалительных элементов с последующей световой микроскопией полученного биоптата.

Применения сорбента энтеросгель в составе инстиллята является эффективным компонентом терапии в комплексном лечении хронических циститов у детей.

Эффективность лечения хронических циститов у детей повышается при дифференцированном подходе к их терапии с учётом характера возбудителя и морфологической картины заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Е.В. Мелёхина, О.Л. Чугунова, А.В. Филинов, М.Б. Сагалович // Фармакотерапия хронических циститов у детей // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. — 2006. т. 3, № 1. - с. 4952.

2. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В. Филипов, М.Б. Сагалович, В.Д. Кулаев // Особенности лечения хронических циститов у детей // Вопросы практической педиатрии. - 2007. т. 2, №3. - с. 74 - 77.

3. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В. Филипов, М.Б. Сагалович, В.Д. Кулаев // Новый подход к местному лечению хронических циститов у детей // Материалы 6 Российского Конгресса по детской нефрологии. - 2007. - с. 108 - 109.

4. О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, А.В. Филипов, М.Б. Сагалович, В.Д. Кулаев // Дифференцированный подход к этиотропной терапии хронических циститов у детей // Материалы 14 Конгресса детских гастроэнтерологов России. - 2007. - с. 324 - 328.

5. О.Л. Чугунова, А.В. Филипов, Е.В. Мелёхина // Роль вирусов в развитии инфекции мочевой системы у детей // Сборник аннотированных докладов Всероссийской научно-практической конференции «Инфекционные аспекты соматической патологии у детей». - 2008. - с. 82 - 83.

6. А.В. Филипов, О.Л. Чугунова, Е.В. Мелёхина, М.Б. Сагалович // Современные аспекты местной терапии хронического цистита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. №3. - с. 77-82.