

патологии в литературе освещена недостаточно. Именно это послужило основанием для проведения данной работы.

Критериями отбора детей являлось отсутствие перенесенной кишечной инфекции в анамнезе, а также других инфекций за 2—4 мес до обследования и во время его. У всех детей было установлено нормальное физическое и психическое развитие как клиническими, так и лабораторными методами исследования. Все это соответствовало требованиям, предъявляемым к отбору контрольной группы [1, 3].

Исследования микрофлоры кишечника проводили методом Р. В. Эпштейн-Литвак и Ф. Л. Вильшанской (1969). Характер экологических сдвигов в биоценозе кишечника устанавливали согласно рекомендациям О. П. Марко и Т. К. Корневой (1974), в основе которых — нарушения анаэробной и аэробной микрофлоры различной степени.

Проведено обследование 145 здоровых детей в возрасте от 1 мес до 2 лет. «Организованные» дети составили 69,8%. Анализ результатов обследования показал, что у 101 (69,6%) ребенка выявлялся дисбактериоз кишечника в различных стадиях. Такую большую частоту его у детей можно объяснить воздействием ранее принимавшихся антибактериальных препаратов на кишечную микрофлору. Из 145 обследованных только 45 детей (31%) не получали никаких антибиотиков. При вычислении коэффициента корреляции между количеством полученных антибактериальных препаратов и составом микрофлоры кишечника у 100 (69,0%) детей было установлено влияние их количества на состояние последней. Кроме того, изменения характеризовались снижением или исчезновением бифидобактерий, появлением лактозодетривных и гемолитических штаммов кишечной палочки, увеличением количества колоний грибов рода кандиды ($P < 0,01$).

Отмечена большая частота (77,2%) и выраженность дисбактериоза кишечника у детей первого года жизни, обусловленные частым обнаружением в этом возрасте условно-патогенных микробов: стафилококка ($P < 0,001$) и протей.

Выявлена зависимость частоты обнаружения дисбактериоза от вида вскармливания и срока, прошедшего со времени последнего заболевания. У детей, находившихся на искусственном и смешанном вскармливании, дисбактериоз кишечника констатировали на 8,7% чаще, чем у тех, кто вскармливался естественно. При сроке 4—7 мес от последнего заболевания дисбактериоз кишечника наблюдался у 50% обследованных, а при сроке 2—4 мес — у 68,5%, то есть в 1,4 раза чаще.

Обследование детей в разные сезоны года показало, что зимой дисбактериоз кишечника диагностировался в 1,3 раза чаще и в более значительной степени, чем летом. По нашим данным, его большая частота и выраженность зимой были связаны с более ранним возрастом обследуемых.

Таким образом, у 69,6% клинически здоровых детей в составе микрофлоры кишечника отмечаются явные нарушения.

Частота обнаружения и степень выраженности дисбактериоза кишечника зависят от возраста, вида вскармливания, срока, прошедшего со времени последнего заболевания, и, что особенно важно, от количества принятых антибактериальных препаратов. В связи с этим антибактериальные средства необходимо использовать строго по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуторова Л. Д. Аэробная микрофлора кишечника детей в норме и патологии. Применение бактериологических данных для характеристики функционального состояния пищеварительного тракта. Автореф. докт. дисс., М., 1974.— 2. Марко О. П., Корнева Т. К. Сов. мед., 1974, 5.— 3. Фатыхова Р. М., Тюкова Н. И., Буланова Г. К. Вопр. охр. мат., 1976, 9.— 4. Эпштейн-Литвак Р. В., Вильшанская Ф. Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. Методические материалы. М., 1969.

Поступила 9 июня 1981 г.

УДК 616.61—002.3—053.2—07

ДИАГНОСТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Э. И. Землякова, Р. Г. Камалова

Кафедра педиатрии № 1 (зав. — проф. С. В. Мальцев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проанализированы результаты комплексного обследования 360 детей с пиелонефритом в возрасте от 6 мес до 15 лет. Рассчитана частота отдельных симп-

томов при первичном и вторичном пиелонефрите. На основании теоремы Байеса разработаны скрининговые признаки вторичного пиелонефрита, выявление которых доступно широкому кругу педиатров. При наличии этих признаков у больного пиелонефритом можно с высокой степенью вероятности предполагать вторичный характер заболевания.

Ключевые слова: пиелонефрит у детей, диагностика.
1 таблица. Библиография: 1 название.

По данным Всемирной организации здравоохранения инфекция мочевой системы занимает второе место по частоте после острых респираторных заболеваний. Известно, что пиелонефрит не всегда своевременно диагностируется, имеет склонность к упорному течению, плохо поддается лечению, вызывая порой тяжелые осложнения. Нередко приходится решать вопрос о происхождении заболевания, так как тактика лечения и наблюдения при первичном и вторичном пиелонефрите различна.

С целью разработки диагностических критериев первичного и вторичного пиелонефрита нами обследовано 360 детей с пиелонефритом в возрасте от 6 мес до 15 лет. Диагноз устанавливали на основании анамнестических, клинико-лабораторных и рентгеноурологических исследований. Функциональное состояние почек определяли по клиренсу эндогенного креатинина, выведению с мочой аминокислот, кальция, фосфатов, титруемых кислот, аммиака. О концентрационной способности судили по пробе Зимницкого. Занимались исследованиями кислотно-основного равновесия, уровня остаточного азота, мочевины, калия, натрия крови. Для выявления дисметаболических нефропатий определяли содержание мочево́й кислоты в крови, щавелевой и ксантуреновой — в суточной моче. С целью выяснения причины нарушения пассажа мочи проводили экскреторную урографию и у части детей — микционную цистурографию.

В результате комплексного обследования больных установлено, что пиелонефрит протекал в острой форме у 103, в волнообразной — у 203 и латентной — у 54 детей. Первичный пиелонефрит диагностирован у 156 (43,3%), вторичный — у 204 (56,7%) детей. Большинство обследованных составили девочки (88%). Однако вторичный пиелонефрит выявлялся у мальчиков чаще (65,1%), чем у девочек (55,5%). У значительной части больных вторичным пиелонефритом установлена обструктивная форма заболевания (78,4%). У этих детей пиелонефрит развился на фоне сужения прилоханочного отдела мочеточника, нефроптоза, стеноза дистального отдела уретры, гидронефроза, поликистоза, перегиба мочеточника с нарушением оттока мочи, уролитиаза, дивертикула мочевого пузыря. Обструктивному пиелонефриту у 21,8% детей сопутствовал нейрогенный мочево́й пузырь, у 4,6% — дисметаболическая нефропатия (оксалурия и уратурия). У 7 пациентов (1,9%), страдающих вторичным пиелонефритом, выявлена хроническая почечная недостаточность. Дети с обструктивным пиелонефритом и развившимся гидронефрозом (34) были переведены в урологическое отделение для хирургического вмешательства.

Изучение анамнеза показало, что как при первичном, так и вторичном пиелонефрите большинство детей (90%) в прошлом неоднократно переносили инфекционные заболевания (острые детские инфекции, повторные респираторные заболевания, ангины, фурункулез, отит и т. д.), что косвенно указывало на снижение их иммунологической реактивности. С одинаковой частотой в обеих группах (18,6 и 19,6%) установлена связь обострения пиелонефрита с предшествующим заболеванием.

В клинической картине пиелонефрита (как первичного, так и вторичного) наиболее постоянными симптомами были дизурические явления, повышение температуры, бледность, «синие круги» под глазами, функциональные изменения со стороны сердца, боли в области живота без четкой локализации, наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, гайморит, кариес и др.). Значительно реже наблюдались такие симптомы, как сухость кожных покровов, отеки и гипертонический синдромы, положительный симптом Пастернацкого, боли в области поясницы. Однако нам не удалось обнаружить значительной разницы в частоте отдельных симптомов, которые можно было бы использовать при дифференциальной диагностике первичного и вторичного пиелонефрита.

В связи с этим для разработки критериев дифференциальной диагностики различных форм пиелонефрита у детей мы применили метод вероятностной оценки с помощью теоремы Байеса: вероятность той или иной формы пиелонефрита вычисляли исходя из комплекса выявленных симптомов и их частоты. Эта величина равна отношению произведения частот признаков при одном заболевании к сумме произведений частот при этих двух заболеваниях. Достоверной считается вероятность не менее 0,80 [1].

Из проанализированных 75 симптомов заболевания мы выбрали 8 признаков,

которые оказались достаточно информативными для дифференциальной диагностики первичного и вторичного пиелонефрита (см. табл.).

Частота отдельных признаков первичного и вторичного пиелонефрита у детей

Признаки	Частота признаков	
	при вторичном пиелонефрите	при первичном пиелонефрите
Пол мужской	0,65	0,35
Болезни почек в семье	0,39	0,19
Снижение массы тела	0,38	0,26
Наличие 3 или более стигм дисэмбриогенеза	0,54	0,22
Ночной энурез	0,22	0,10
Неудержание мочи	0,20	0,07
Протеинурия более 1‰	0,03	0,01
Степень бактериурии — более 100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи	0,24	0,16

Из приведенных данных видно, что вторичный пиелонефрит достоверно чаще встречается у мальчиков. Значительно большее число больных вторичным пиелонефритом имели указания на заболевания почек в семье. Кроме того, при вторичном пиелонефрите закономерно чаще встречались такие признаки, как снижение массы тела, наличие стигм дисэмбриогенеза. Отставание в физическом развитии (12 человек) отмечалось только при вторичном пиелонефрите. Дети, больные вторичным пиелонефритом, чаще страдали ночным энурезом и неудержанием мочи. Дифференциально-диагностическое значение имели и некоторые лабораторные показатели. В частности, протеинурия (более 1‰) и высокая степень бактериурии (более 100 тыс. в 1 мл мочи) значительно чаще регистрировались при вторичном пиелонефрите. Следует отметить, что микрогематурия одинаково часто (51,9 и 49,4%) встречалась при первичном и вторичном пиелонефрите.

Расчеты показали, что при наличии у больного пиелонефритом любых 3 признаков из 8, приведенных в таблице, можно с вероятностью ($P < 0,05$) предполагать вторичный характер заболевания. Апостериорная проверка разработанных критериев показала их высокую диагностическую ценность.

Выявление указанных признаков пиелонефрита, которые следует считать скринирующими, не исключает необходимость дальнейшего обследования ребенка. Более того, если у больного установлена вероятность вторичного пиелонефрита, его необходимо госпитализировать в урологическое или нефрологическое отделение для полного обследования и выяснения причины развития заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ластед Л. Б. Введение в проблему принятия решений в медицине. М., Мир, 1971.

Поступила 11 марта 1982 г.

УДК 616.611—002.2:616.61—008.64—07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Г. А. Маковецкая, И. Н. Федрушкова

Кафедра факультетской педиатрии (зав.—проф. Г. А. Маковецкая), кафедра госпитальной педиатрии (зав.—проф. Л. В. Катричева) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова, детская городская больница № 1 (главврач — заслуж. врач РСФСР Н. Н. Иванова)

Реферат. Проанализированы основные причины запоздалой диагностики хронических заболеваний почек у детей. Приведены два клинических наблюдения, которые наглядно показывают, что истоками ошибок в детской нефрологии являются, во-первых, недостаточное внимание врача к малейшим признакам дисфункции почек