

## Летальность при разных способах отведения мочи

Причины летальности	Число больных	Способы отведения мочи			
		уретеросигмо-анастомоз	по методу Брикера	уретерокута-неостомия	первичная пиелонефро-стомия
Острая сердечная недо-статочность . . . . .	7	3	—	4	—
ХПН . . . . .	10	3	—	6	1
Пневмония . . . . .	5	2	—	3	—
Перитонит . . . . .	6	5	1	—	—
Перфорация язвы желуд-ка . . . . .	1	1	—	—	—
<b>Всего . . . . .</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>1</b>

неизвестна. Остальные больные умерли в разные сроки после операции от раковой интоксикации, ХПН, уремии, сердечно-сосудистых заболеваний.

Критериями достаточной предоперационной подготовки к цистэктомии с тем или иным методом отведения мочи мы считаем общее удовлетворительное состояние больного, ликвидацию и уменьшение симптомов пиелонефрита, коррекцию почечной, печеночной и сердечно-легочной недостаточности, а также нарушений кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса.

Наш клинический опыт показал, что залогом успешного проведения операции и анестезии является правильная подготовка больных к операции. При осуществлении предоперационной подготовки больных по приведенной схеме нам удалось уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абалмасов Г. М., Лихачев А. А. Экспер. хир., 1971, 4. — 2. Ерухимов А. С. В кн.: Рак мочевого пузыря. М., Медицина, 1975. — 3. Пытель А. Я. В кн.: Опухоли мочевого пузыря и их лечение. Ташкент, 1972. — 4. Ситдыков Э. Н., Боголюбов Ю. С. О профилактике и лечении пареза желудочно-кишечного тракта после цистэктомии с кишечной пластикой мочевого пузыря. Урол. и нефрол., 1973, 3. — 5. Vagnard D., Pincke M. P. a. o. Urology, 1975, 5, 5. — 6. King L. R., Wendel E. F. In: Current controversies in urologic management. Philadelphia—London—Toronto, 1975. — 7. Sorrentino M. Acta Urol. Belg., 1963, 31, 1. — 8. Zincke H., Segura T. W. J. Urol., 1975, 11, 3.

Поступила 18 марта 1980 г.

УДК 616.61/62—053.2—036.2 (470.41) «1979»

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ в г. КАЗАНИ

*Г. П. Петрова, И. Ш. Трофимова, М. С. Халитова*

*Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Территориально-гнездовым методом обследовано 3000 детей. У 84 из них (2,8%) выявлены заболевания мочевой системы. Большинство больных — девочки (70). Преобладала уроренальная инфекция (76 детей). У 71 ребенка протекавший антенатальный период развития ребенка, наследственная предрасположен-ность к заболеваниям почек, наследственная аллергическая отягощенность, аллерги-чески измененная реактивность у детей являются наиболее значимыми факторами риска заболеваний мочевой системы в детском возрасте.

Ключевые слова: дети, мочевая система, заболевания.  
Библиография: 1 название.

В последние годы в структуре заболеваний мочевой системы у детей преобладают болезни, имеющие торпидное и латентное течение (М. С. Игнатова и соавт., 1976). В этих условиях наиболее точные сведения о распространенности патологиче-ской мочевой системы могут быть получены при целенаправленном обследовании дет-ского населения.

В настоящей статье обобщены результаты изучения распространенности заболеваний мочевой системы в г. Казани и выяснения факторов риска у выявленных больных. При выполнении работы мы руководствовались методическими указаниями НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РСФСР. Территориально-гнездовым методом проведено выборочное обследование детей на 3 педиатрических участках г. Казани в три этапа: первые два этапа — в поликлинике, третий — в стационаре.

На 1-м этапе применяли количественный метод исследования мочевого осадка — пробу Нечипоренко. Путем каталазного теста определяли бактериурию, а качественной реакцией на белок с сульфосалициловой кислотой — протеинурию. 2-й этап включал повторное обследование детей, у которых выявлен патологический осадок мочи, для исключения случайных изменений в ней, связанных с неправильным сбором. Исследование мочевого осадка на 2-м этапе проводили 2—3-кратно по методу Аддиса — Каковского и Нечипоренко. Собирали анамнез с учетом генетических данных; проводили консультацию специалистов (гинеколога, уролога, окулиста, отоларинголога).

3-й этап включал обследование детей со стойкими патологическими изменениями мочи в стационаре для определения нозологической формы заболевания.

Всего обследовано 3000 детей (1467 мальчиков и 1533 девочки; возраст: до 1 года — 175, от 1 до 3 лет — 592, от 4 до 7 лет — 823, от 8 до 15 лет — 1410).

Обследование на 1-м этапе выявило 862 ребенка (28,7%) с патологическими изменениями мочи (преимущественно лейкоцитурией).

Дети с впервые выявленным «мочевым синдромом» составили группу, подвергнутую 2-му этапу обследования. При этом у 371 (12,4%) ребенка констатированы стойкие изменения в моче. Эти дети подлежали обследованию на 3-м этапе. В стационаре им проводили биохимические, функциональные исследования, экскреторную и микционную урографию. В результате обследования патологии мочевой системы выявлена у 84 (2,8%) детей — 14 мальчиков и 70 девочек в возрасте до 15 лет (32 — до 3 лет, 34 — от 4 до 7 лет, 18 — от 8 до 15 лет).

У 71 ребенка поражение почек и мочевыделительных путей было обнаружено впервые. Это объясняется наличием у части детей малосимптомных форм заболевания, по поводу которого они не обращались к врачу и не подвергались лечению.

У 76 больных (преимущественно девочек) диагностирована уроренальная инфекция: у 25 — первичный пиелонефрит, у 16 — вторичный пиелонефрит, у 35 — инфекция мочевых путей. Гломерулонефрит был у 7 детей, из них у 5 — гематурическая и у 2 — нефротическая форма. Наследственный нефрит с синдромом Альпорта установлен у одной девочки 13 лет.

Заболеваемость характеризовалась определенной сезонностью с пиком в весенние месяцы (47,6% детей заболели весной, 28,4% — зимой, 12% — летом и 12% — осенью).

Результаты сравнительного изучения данных анамнеза больных детей и детей контрольной группы, которая по количественному, возрастному и половому составу соответствовала основной, показали, что одним из важных факторов возникновения заболеваний мочевой системы является неблагоприятный антенатальный период развития ребенка. В группе больных детей по сравнению с контрольной в 1,5 раза чаще встречались токсикозы беременности у матерей (соответственно в 45,2% и 31%), более высоким был процент профессиональных вредностей и инфекционных заболеваний у матерей (21,4 и 9,5), в два раза чаще наблюдалось заболевание почек и мочевых путей у родителей и ближайших родственников (22,6% и 11,9%), большей была частота обменных нарушений у родителей и ближайших родственников (7,1% и 4,7%).

В основной группе число детей с наследственной аллергической предрасположенностью было почти в 3 раза больше, чем в контрольной (38,1% и 11,9%), а число детей с аллергической отягощенностью — в 4 с лишним раза больше (61% и 15%). Наиболее часто аллергически измененная реактивность у детей с заболеваниями мочевой системы наблюдалась в дошкольном и раннем возрасте (78,4%) и реже — после 7 лет. Экссудативно-катаральный диатез был выражен у 45%, пищевая аллергия — у 18%, лекарственная — у 10%, бронхиальная астма — у 6%, нейродермит — у 2% детей.

## ВЫВОДЫ

1. Распространенность заболеваний мочевой системы у детей в г. Казани составляет 2,8%. Наиболее часто встречается уроренальная инфекция.

2. Значительную роль в развитии заболеваний мочевой системы играет неблагоприятный антенатальный период развития ребенка и наследственная патология почек у ближайших родственников и родителей.

3. Наследственная аллергическая отягощенность, а также аллергически измененная реактивность ребенка являются серьезными факторами риска заболеваний мочевой системы у детей.

4. Установление факторов риска дает возможность разработать меры профилактики заболеваний мочевой системы у детей.

Игнатов М. С., Калинина А. А., Сафонова С. Ю. В кн.: Тезисы докладов симпозиума «Гломерулонефрит у детей». М., 1976.

Поступила 2 октября 1979 г.

УДК 616.61—002.3—053.2

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ ИЗМЕНЕНИЙ В ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

А. А. Протопопов

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. — проф. Л. Е. Лагутина) Саратовского  
медицинского института*

**Р е ф е р а т.** Установлено, что клинические симптомы пиелонефрита у детей являются отражением изменений в чашечно-лоханочной системе. Такие клинические проявления, как астенизация, дизурические расстройства, боли в животе и пояснице, при двусторонних изменениях в чашечно-лоханочной системе встречаются в 2—4 раза чаще, чем при односторонних. Степень нарушения оттока мочи из почек также отчетливо сказывается на частоте астенизации, болей в животе, дизурических и диспепсических расстройств. При пиелонефрите понижается экскреция аммиака и повышается выделение оксалатов, мочевой кислоты, кальция, фосфора пропорционально тяжести изменений в чашечно-лоханочной системе.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** пиелонефрит у детей, клиника, чашечно-лоханочная система.

Вопрос о связи между степенью пиелонефритических изменений в почках, с одной стороны, и функциональным состоянием канальцев, а также клинической картиной заболевания, с другой, является интересным и малоисследованным.

Нами проведен анализ клинико-рентгенологических данных у 228 детей, страдающих пиелонефритом. Сопоставление изменений в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) с состоянием канальцевых функций осуществлено у 76 больных, которые имели наиболее четкие рентгенологические признаки пиелонефрита, позволяющие без сомнения отнести их в ту или иную группу. Возраст детей — от 4 до 15 лет. Преобладающее большинство ( $\frac{3}{4}$  больных) составляли девочки.

У всех больных проведено полное клиническое и лабораторное исследование, высокодозная экскреторная урография с нефротомографией и вычислением ренально-кортикального индекса, радиоизотопная ренография, изучение парциальных канальцевых функций почек: концентрационной способности и ритма выделения мочи (по пробе Зимницкого), функции компенсации ацидоза (рН мочи, титрационная кислотность, экскреция аммиака), экскреции электролитов (фосфора, натрия, калия, кальция); экскреции солей (оксалатов, мочевой кислоты).

Решение вопроса о связи между клиническими и рентгенологическими симптомами пиелонефрита мы разделили на два этапа, в которых стремились: 1) выяснить связь между изменениями в ЧЛС и клинической картиной; 2) установить, зависит ли частота клинических симптомов от одно- или двустороннего поражения<sup>1</sup>.

Боли в животе наиболее часто встречаются при снижении тонуса и деформации ЧЛС — от 52,2 до 66,7%. Близка к этой цифре частота болей в животе при двусторонней инфильтрации в ЧЛС (47,1%), которая в два раза превышает частоту этого симптома при одностороннем поражении (20,8%). При остальных изменениях в ЧЛС частота болей в животе мало зависела от одно- или двустороннего характера поражения.

Боли в пояснице с наибольшей частотой (от 55,6 до 64,3%) были отмечены у больных, имевших гипотонию и деформацию ЧЛС. При повышении тонуса ЧЛС, двусторонней инфильтрации ЧЛС и удвоении почек этот симптом констатирован у 33,3—40% больных. Остальные изменения со стороны ЧЛС сопровождались болями в пояснице значительно реже (от 8,3 до 23,8%). Частота болей связана с одно- или двусторонним характером поражения только при инфильтрации ЧЛС: при двустороннем процессе данный клинический симптом наблюдался в 4 раза чаще (35,3% и 8,3%).

Синдром дизурических расстройств с наибольшей частотой выявлялся у больных с повышенной подвижностью почек и двусторонней деформацией ЧЛС (50% и

<sup>1</sup> Деление на одно- и двусторонние изменения оказалось возможным только при изменении тонуса ЧЛС, воспалительном отеке и деформации ЧЛС. В остальных случаях число наблюдений в группах было недостаточным.