

Діагностика вроджених вад та захворювань органів сечовидільної системи в педіатричній практиці

У повсякденній практиці педіатра часто зустрічаються пацієнти з такими симптомами, як біль у животі, нудота, блювання, підвищення температури тіла, енурез, зміна крайньої плоти. У разі поєднання перших чотирьох ознак у лікаря, як правило, виникають підозри щодо наявності патології підшлункової залози, печінки, шлунка чи запалення носоглотки і бронхів, проте зазначені порушення можуть супроводжувати ускладнення вроджених вад чи захворювань органів сечовидільної системи (гідронефрозу, міхурово-сечовідного рефлексу (МСР), нейрогенного сечового міхура).

➔ Спробуємо проаналізувати деякі відмінності зазначених симптомів, характерних для урологічної патології.

Абдомінальний біль характеризується певною локалізацією: у разі МСР та нейрогенного гіперрефлекторного сечового міхура больові відчуття відмічаються переважно в ділянці пупка, у хворих з гідронефрозом та мегауретером спостерігається біль у відповідному підребер'ї чи попереку, що посилюється під час пальпації зазначених ділянок.

Патогенетичною основою зазначених больових відчуттів є порушення евакуації сечі на різних ділянках сечовидільної системи: за наявності гідронефрозу порушення уродинаміки виникають на рівні мисково-сечовідного сегмента, МСР і мегауретера – у верхніх відділах сечовідних шляхів.

Певні особливості у хворих з урологічною патологією має гіпертермія: підвищення температури тіла виникає раптово на тлі повного здоров'я, досягаючи 39-40 °С, і самостійно

нормалізується протягом 1-2 днів. Для урологічної патології не характерна субфебрильна температура.

Тактика педіатра у разі виявлення відмінностей зазначеного симптомокомплексу:

- негайне призначення аналізу сечі;
- проведення ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору.

На жаль, як свідчать наші спостереження, у переважній більшості випадків педіатр призначає антибактеріальну терапію та жарознижувальні препарати, не виконуючи весь спектр необхідних досліджень, навіть до встановлення діагнозу. Описаний підхід є хибним і призводить до не своєчасної діагностики тяжких вад та захворювань сечовидільної системи.

Особливу увагу слід звернути на тактику лікування МСР. Як правило, нефрологи призначають пацієнтам з таким порушенням тривалу антибактеріальну терапію (в тому числі так звану профілактичну терапію низькими дозами одного антибактеріального



Д.А. Сеймівський
Д.м.н., професор, завідувач відділу дитячої урології ДУ «Інститут урології» НАМН України, м. Київ

препарату впродовж 10-12 міс). Подібний підхід не можна вважати раціональним з огляду на можливе прогресування патологічного процесу та виникнення змін з боку нирок.

МСР – це вроджена вада сечовідно-сечоміхурового сегмента сечовідних шляхів, що супроводжується втратою замикального механізму, перешкоджаючого зворотному току

сечі в нирку – рефлюксу. Останній є основною причиною виникнення пієлонефриту. Слід зазначити, що пієлонефрит у 95% випадків має вторинний характер і зумовлений порушеннями уродинаміки. Лікування захворювання не передбачає проведення тривалої антибактеріальної терапії, а повинно бути спрямоване на ліквідацію порушень евакуації сечі. Ліквідація регургітації сечі можлива шляхом ендоскопічної корекції та хірургічного втручання (виконується в спеціалізованих стаціонарах). Антибактеріальна терапія показана у разі загострень пієлонефриту. Слід пам'ятати, що тривале застосування препаратів цього класу асоціюється з ускладненнями з боку печінки, дисбактеріозом.

Після ліквідації порушень уродинаміки доцільно призначити фітотерапію. Одним із ефективних рослинних засобів є Канефрон Н, якому властиві антибактеріальні, протизапальні та спазмолітичні властивості. Доведена дієвість Канефрону Н у лікуванні пацієнтів із нейрогенним гіперрефлекторним сечовим міхуром. Важливою перевагою препарату є можливість його тривалого (2-3 міс) застосування.

Як показали наші спостереження, Канефрон Н підвищує ефективність антибактеріальної терапії, може застосовуватись тривало після коротких курсів антибактеріальної терапії.

Нетримання сечі, що виявляється у дітей віком від 3 років, свідчить

про наявність постнатальної гіперрефлексії в результаті затримки формування нормального функціонального стану сечового міхура, що потребує діагностики клінічної форми дисфункції і відповідного патогенетичного лікування. Нейрогенна гіперрефлекторна дисфункція сечового міхура зумовлює прогресування МСР, мегауретера, виникнення ускладнень у вигляді пієлонефриту та циститу.

Простим діагностичним тестом визначення клінічної форми дисфункції сечового міхура є реєстрації добового спонтанного сечовипускання, що полягає в фіксації кількості сечовипускань і об'єму порції сечі за одне сечовипускання.

Часте (кожні 30-50 хв) сечовиділення малими порціями (30-40 мл сечі) свідчить про наявність нейрогенного гіперрефлекторного сечового міхура, рідке (2-3 рази на добу) сечовиділення великими порціями сечі характерне для гіпоректорного сечового міхура. Оцінку результативності терапії проводять з урахуванням зміни частоти сечовиділення (зменшення його частоти і збільшення об'єму порції сечі за наявності першого варіанту і навпаки при другому варіанті). За наявності у хворого енурезу педіатр повинен направити його до дитячого уролога з метою призначення відповідного лікування.

Як показують наші спостереження, останнім часом зростає частота звернень до педіатрів та дитячих хірургів батьків дітей, які мають

патологічні зміни крайньої плоти статевого члена. У багатьох випадках встановлюється діагноз фімозу, виконуються хірургічні маніпуляції, в т. ч. і за відсутності показань, що свідчить про недостатню поінформованість лікарів щодо анатомічної будови крайньої плоти та її функцій.

У хлопчиків віком до 12-13 років крайня плоть має вигляд хоботка. Ознаками нормального стану крайньої плоти є рівний струмінь сечі та відсутність його розширення під час сечовипускання.

Наявність гіперемії та набряку крайньої плоти свідчить про запалення – баланопостит. Тактика лікування полягає в розкритті головки статевого члена, евакуації її вмісту та обробки антисептичними мазями впродовж 7-10 днів до повної ліквідації запалення та пролежневих ранок.

Справжній фімоз характеризується рубцевими змінами крайньої плоти, неможливістю звільнити головку статевого члена, спостерігається розширення крайньої плоти у вигляді кулі і стоншенням веероподібного струменя сечі під час сечовипускання. Лікування патології передбачає здійснення хірургічного втручання – пластики крайньої плоти або її циркулярного висічення.

Аналіз стислого викладу характерних ознак урологічної патології, її патогенетичних механізмів і лікувальної тактики стане для педіатрів значним підґрунтям щодо правильного вибору дій у повсякденній практиці. ■