

years old from various social environment. High prevalence of generalized, complicated and destructive forms of the disease were found out in the patients with social risk factors. Better basic chemotherapy efficiency was revealed in socially favorable patients. Our data show the importance of social work with teenagers suffering from tuberculosis and their families to build good condition for the health improvement and rehabilitation.

Key words: tuberculosis, teenagers, social risk.

Литература

1. Келасова Н.В. Туберкулез органов дыхания у подростков. Основные причины формирования распространенных

процессов: дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Келасова. — М., 2007. — 149 с.

2. Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией / Новая медицинская технология № ФС-2007/137. — М., 2009. — 32 с.

3. Павлова М.В. Особенности течения и лечения туберкулеза органов дыхания у подростков в современных эпидемиологических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.В. Павлова. — СПб, 2000. — 32 с.

4. Полуэктова Ф.Г. Особенности течения и эффективность лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких у подростков / Ф.Г. Полуэктова: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 150 с.

Лекции



© ТУРИЦА А.А.

УДК 616.62-002.039.35 08-035 053.2

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЦИСТИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.А. Турица

Омская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.И. Новиков;
кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии, зав. — д.м.н. О.В. Антонов.

Резюме. В лекции представлена оценка современных способов терапии детей с хроническими циститами. Лечение детей с хроническими циститами является сложной задачей. Для её решения используется местная терапия: инстилляции мочевого пузыря, системная антибактериальная терапия, комплекс физиотерапевтических процедур.

Ключевые слова: хронические циститы, детский возраст.

Патология органов мочевой системы, в настоящее время, относится к одной из важнейших проблем медицинской науки и практики здравоохранения. Значительные экономические потери, касающиеся высокой стоимости терапии, в связи с рецидивирующим характером течения заболеваний на всех этапах развития патологического процесса определяют социальную значимость болезней этой группы [2, 3, 8, 19]. Разнообразие клинических форм инфекций мочевой системы у детей определяется уровнем поражения, условиями инфицирования (внутриутробные или приобретенные, нозокомиальные или внегоспитальные), наличием или отсутствием органической или функциональной обструкции мочевых путей, нарушением уродинамики, существованием тканевой дисплазии [5, 7, 10, 11]. Несвоевременная и непоследо-

вательная терапия инфекций мочевыводящих путей, врожденных аномалий, уродинамических нарушений неотвратимо приводит к формированию хронического воспалительного процесса, а также диктует необходимость проведения длительных и повторных курсов антибактериальной терапии.

Хронический цистит относится к группе хронических заболеваний, снижающих качество жизни пациентов. Причиной этого является рецидивирующий характер заболевания, необходимость проведения продолжительных терапевтических мероприятий, включающих в себя длительные курсы антибактериальной терапии, использование физиотерапевтических методов лечения.

Наиболее полной классификацией цистита, в которой учтены этиология и патогенез, степень распространенности воспалительного процесса, клиническое проявление заболевания и степень морфологических изменений в стенке мочевого пузыря, является классификация А.В.

Люлько (1983) [12]. Цистит по происхождению различают первичный и вторичный: при пиелонефрите, при заболеваниях мочевого пузыря, предстательной железы, уретры. В зависимости от этиологического и патогенетического факторов выделяют: инфекционный, химический, лучевой, паразитарный, при сахарном диабете, аллергический, обменный, ятрогенный, цистит после аденомэктомии, нейрогенный. В зависимости от локализации и распространенности воспалительного процесса: диффузный, шеечный, тригонит. По характеру имеющихся морфологических изменений: катаральный, геморрагический, язвенный и фиброзно-язвенный, гангренозный, инкрустирующий, опухолевый, интерстициальный. Хронический цистит редко бывает самостоятельным заболеванием, чаще сочетается с воспалительными и не воспалительными изменениями в органах мочевой системы. К ним относятся: врожденные аномалии строения мочевых путей (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, удвоение почек), дисфункциональные состояния нижних мочевых путей и другие заболевания. При всем многообразии морфологических вариантов, в детском возрасте преобладают катаральный и гранулярный варианты, реже – полипозный, геморрагический и др. [10]. Учитывая многообразие клинических вариантов циститов у детей, возникают немалые трудности при лечении и реабилитации этой группы пациентов.

Для диагностики хронического цистита ребенку необходимо, кроме тщательного сбора анамнеза и клинического исследования, провести следующий комплекс лабораторных исследований: общеклинические исследования мочи, количественные анализы, исследование концентрационной способности почек, исследование суточной экскреции солей, бактериологическое исследование мочи, биохимическое исследование крови и мочи, регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий. Группа инструментальных исследований включает в себя: микционную цистоуретерографию, экскреторную урографию, методы уродинамического исследования нижних мочевых путей (урофлоуметрию, профилометрию, ретроградную цистометрию), электромиография, цистоуретероскопия. Проведение полноценного комплекса возможно только в условиях специализированных стационарных отделений [4, 5, 6, 9, 13, 14].

Традиционные методы лечения хронических циститов включают в себя местную терапию, антибактериальное лечение, физиотерапевтические процедуры. К местным методам лечения относятся инстилляцией мочевого пузыря антибактериальными, антисептическими препаратами

(от лат. *instillatio* – вливание по каплям) – введение жидких лекарственных средств в мочеиспускательный канал и мочевой пузырь с лечебной целью. Впервые инстилляцией были предложены в 1867 году Ф. Гюйоном. Лечение хронических циститов 1 % раствором азотно-кислого серебра описано еще Г.Д. Сперанским в 1927 году, и рядом других авторов в последующие годы [14, 16, 19, 20, 21, 22]. Кроме того, в литературных источниках встречается описание использования для инстилляций 2-3% раствор борной кислоты; 1 % раствор метиленового синего; риванола (1:5000); сулемы (1:20 000); 1 % раствор диоксида; 2 % раствор протаргола; 1 – 3% раствор колларгола; хлоргексидина, дибунола, растворов антибиотиков, масел (облепиховое, шиповника) и других лечебных препаратов [15, 18]. В настоящее время для проведения инстилляций мочевого пузыря используют антисептические, антибактериальные препараты, энтеросорбенты [23].

Часто обострение хронического цистита требует назначения системного антибактериального лечения, которое включает в себя использование парентеральных препаратов и пероральной антибактериальной терапии. Бесспорным является факт, что назначение антибактериальных препаратов возможно только после определения патогенной микрофлоры при бактериологическом исследовании мочи. В комплексе лечения используются препараты цефалоспоринового ряда, макролиды, защищенные пенициллины, группа нитрофурановых препаратов [13, 17]. Для некоторых возбудителей сложно найти антибактериальный препарат, который может достичь концентрации, необходимой для предотвращения развития резистентности и определить эффективность лечения. В связи с этим возможно использование комбинаций антибактериальных препаратов двух классов. Клинические исследования, посвященные данному вопросу в контексте воспалительных заболеваний мочевыделительной системы, не так уж разнообразны. Возможно, например, использование комбинированной терапии, включающей ципрофлоксацин и макролид в отношении устранения уропатогенов, в сравнении с монотерапией ципрофлоксацином [28]. Исследователи рекомендуют лечить детей с пиелонефритом, в возрасте старше 18 месяцев, цефалоспоринами 3-го поколения или аминогликозидами парентерально не менее 10 дней; детей старше 18 месяцев – «защищенными» пенициллинами или цефалоспоринами внутрь [24, 29]. В Италии и Бельгии чаще других препаратов для лечения пиелонефритов у детей используются амоксициллин, амоксициллин/кла-

вуланат, ко-тримоксазол, цефтриаксон, аминогликозиды курсом не менее 10 дней [26,27]. Р. Веге считает [25], что наиболее эффективными антибиотиками для лечения воспалительных заболеваний мочевыделительной системы у детей являются цефалоспорины 3-го поколения, амоксициллин/клавуланат и аминогликозиды. В нашей стране также были созданы отечественные протоколы лечения пиелонефритов и хронических циститов у детей [17], в которых в качестве эмпирической стартовой терапии рекомендуются «защищенные пенициллины», цефалоспорины 2-3-го поколения, а в качестве противорецидивной терапии – нитрофурантоин, ко-тримоксазол и амоксициллин/клавуланат [10, 17, 18]. Длительность назначения антибактериальных препаратов определяется состоянием больного, характером микробной флоры, динамикой лабораторных показателей, наличием осложнений воспалительного процесса. В качестве уросептиков детям и подросткам с циститами рекомендуется использовать препараты нитрофуранового ряда (фурагин), нефторированные хинолоны (препараты налидиксовой и пипемидиновой кислот, производные 8-оксихинолина). Заслуживает внимания также назначение фосфомицина (монурала), обладающего широким антимикробным спектром действия.

В настоящее время в литературных источниках признана точка зрения о том, что для лечения хронических циститов необходимо использовать комплекс мероприятий для лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, которая обязательно имеется у этой группы пациентов [1, 8]. Основными методами, используемыми для этой цели, является проведение физиотерапевтических мероприятий, для улучшения кровотока, питания тканей, увеличение концентрации лекарственных веществ в зоне воздействия. Физиотерапевтические методы лечения обладают противовоспалительными, противоотечными, противосклерозирующими свойствами, что значительно повышает качество лечения и ускоряет лечебный процесс. Указанные методы лечения назначают с первых дней заболевания и применяют для купирования воспалительного (противовоспалительные методы) и дизурического (миорелаксирующие методы) синдромов, достижения анальгетического эффекта (анальгетические методы) и восстановления уродинамики мочевых путей (мочегонные методы) [1].

К противовоспалительным методам относятся УВЧ, СВЧ-терапия, электрофорез фурадонина, эритромицина, инфракрасная лазеротерапия, ультразвуковая терапия, внутритканевой электрофорез антибактериальных

препаратов. К методам с миорелаксирующим эффектом относятся: вибро-, термотерапия, инфракрасное облучение, пелоидотерапия. Анальгетические методы: СУФ-облучение в эритемных дозах, диадинамотерапия. Мочегонные методы: амплипульстерапия, амплипульсфорез ганглерона, сидячие ванны, питьевое лечение минеральными водами [6, 10].

Колебания УВЧ-поля снижают повышенную проницаемость капилляров и тормозят выход из них базофилов, активность медиаторов воспаления в тканях мочевого пузыря. Под действием СВЧ-поля усиливается регионарный кровоток и происходит дегидратация воспалительного очага. При проведении электрофореза противомикробных, антибактериальных препаратов (фурадонин, эритромицин), форетируемые препараты оказывают антибактериальное действие. Противовоспалительное действие инфракрасной лазеротерапии связано с избирательным поглощением излучения молекулами нуклеиновых кислот и кислорода, активацией метаболизма тканей, индукцией репаративных процессов в тканях. При хроническом цистите активно применяют внутритканевый электрофорез. Диадинамотерапия воздействует на тактильные нервные проводники и подавляет импульсацию в волокнах болевой чувствительности, тем самым дает выраженный обезболивающий эффект. Пелоидотерапию применяют на санаторном этапе лечения.

Разнообразие методов лечения при хронических циститах у детей обусловлено в первую очередь отсутствием стойкого эффекта от проведенной терапии, что требует дальнейших исследований в плане подбора терапии хронических циститов в детском возрасте.

TREATMENT OF CHRONIC CYSTITIS IN CHILDREN

A.A. Turitsa

Omsk state medical academy

Abstract. The lecture presents estimation of modern therapy of the chronic cystitis in children. The treatment of children with chronic cystitis is a difficult problem. Local instillations of the cystic and systemic antibacterial therapy, complex of physiotherapy are used.

Key words: chronic cystitis, children.

Литература

1. Антоненко Ф.Ф. Дифференцированный подход к лечению энуреза у детей в зависимости от уровня и характера поражения вегетативной регуляции / Ф.Ф. Антоненко [и др.] // Педиатрия. – 2000. – № 5. – С. 21-26.

2. Беляева Л. М. Воспалительные заболевания мочевой системы у детей. Диагностика и лечение / Л. М. Беляева, Е. А. Колупаева // Медиц. новости. – 2007. – № 5. – С. 35-40.
3. Вагенлехнер Ф.Е. Лечение инфекций мочеполовой системы: настоящее и будущее / Ф.Е. Вагенлехнер, К.Г. Набер // Рус. медиц. журн. – 2009. – Т.17, № 9. – С. 655-670
4. Вишневский Е.Л. Диагностика и лечение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у детей / Е.Л. Вишневский // Педиатрия. – 1997. – № 3. – С. 42-44.
5. Вишневский Е.Л. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания / Е.Л. Вишневский, О.Б. Лоран, А.Е. Вишневский. – М., 2001. – 96 с.
6. Джавад-Заде М.Д. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря / М.Д. Джавад-Заде, В.М. Державин. – М., 1989. – 383 с.
7. Зоркин С.Н. Оценка эффективности применения оксибутинина (дриптана) у детей с гиперактивностью мочевого пузыря / С.Н. Зоркин, С.А. Борисова, Т.Н. Гусарова // Педиатрия. – 2006. – № 5. – С 67-71.
8. Иремашвили В.В. Инфекции мочевыводящих путей: современный взгляд на проблему / В.В. Иремашвили // Рус. медиц. журн. – 2007. - Т. 15, № 29. – С.2231-2236.
9. Кириллов В.И. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря у детей / В.И. Кириллов, Н.Г. Киреева // Рус. медиц. журн. – 1998. – Т. 6, №9. – С. 587-593.
10. Коровина Н.А. Циститы у детей: учебное пособие / Н.А. Коровина, Э.Б. Мумладзе, И.Н. Захарова. – М., 1998. – 26 с.
11. Кулакова Е.Н. Спектр возбудителей инфекции мочевой системы у детей раннего возраста / Е.Н. Кулакова [и др.] // Матер. V Рос. конгресса по детской нефрологии. – Воронеж, 2006. – С. 125-126.
12. Люлько А.В. Циститы / А.В. Люлько, Л.Н. Волкова, А.Е. Суходольская. – Киев, Здоров'я, 1983. – 63 с.
13. Нефрология детского возраста. / Под ред. В.А.Таболкина, С.В. Бельмера, И.М.Османова. – М.: МЕДПРАКТИКА, 2005. – 712 с.
14. Пытель А.Я. Избранные главы нефрологии и урологии. Часть 3 / А.Я. Пытель, С.А.Голигорский – Ленинград: Медицина, 1973. – 302 с.
15. Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я. Пытеля. – М., 1970. – 593 с.
16. Сперанский Г.Д. О воспалении шейки мочевого пузыря у женщин / Г.Д. Сперанский // Северный медиц. сборник. – М., 1927. – Т. 1, Вып. 2. – С. 413-416.
17. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у детей / Л.С. Страчунский, А.Н. Шевелев // Детский доктор. – 2000. – № 5. – С. 32-34.
18. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов / О.Л. Тиктинский. – Л., 1984. – 304 с.
19. Топчан А.Б. Неспецифические воспалительные заболевания верхних мочевых путей и мочевого пузыря / А.Б. Топчан // Урология. – 1955. – № 2. – С. 41-48.
20. Фронштейн Р.М. Избранные труды / Р.М.Фронштейн. – М., 1953. – 76 с.
21. Фронштейн Р.М. Урология / Р.М. Фронштейн. – М. – Л., 1939. – 328 с
22. Хольцов Б.Н. Воспаление шейки мочевого пузыря у женщин // Вестн. хирургии / Б.Н. Хольцов. – М., 1926. – С. 116-123.
23. Чугунова О.Л. Особенности лечения хронических циститов у детей // Вопр. практ. педиатрии / О.Л. Чугунова [и др.]. – 2007. – Т.3, № 2. – С. 74-77.
24. Bremberg S.G. Outcome assessment of routine medical practice in handling child urinary tract infections: estimation of renal scar incidence / S.G. Bremberg, S. Edstrom // Ambulatory child health. – 2001. – Vol. 3-4, № 7. – P. 149-55.
25. Breumer A. Cell surface hydrophobicity adherence to HELa cell cultures and haemagglutination pattern of pyelonephritogenic E. coli strains / A. Breumer [et al.] // Epidemiol. Infect. – 1990. – Vol. 2, № 105. – P. 255-263.
26. Ghio L. Retrospective study of children with acute pyelonephritis: Evaluation of bacterial etiology, antimicrobial susceptibility, drug management and imaging studies / L. Ghio [et al.] // Nephron. – 2002. – № 90. – P. 8-16.
27. Levtchenko E.N. Attitude of Belgian pediatricians toward strategy in acute pyelonephritis / E.N. Levtchenko [et al.] // Pediatr. Nephrol. – 2000. – Vol. 2, № 16, – P. 113-115.
28. Sano M. A clinical study on combination therapy of antimicrobial agents for complicated urinary tract infection – with special reference to combination with clarithromycin / M. Sano [et al.] // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 1997. – Vol. 6, № 88, – P. 596-604.
29. Zhao X. Restricting the selection of antibiotic – resistant mutants: a general strategy derived from uoroquinolone studies / X. Zhao, K. Drlica // Clin. Infect. Dis. – 2001. – Vol. 33, № 3. – P.147-156.