

## **Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю детская урология в КГБУЗ «КГДБ № 8»**

Настоящий порядок разработан в целях упорядочения оказания медицинской помощи детям, прикрепленным к КГБУЗ «КГДБ №8», по профилю детская урология в соответствии с приказом МЗ РФ от 31 октября 2012 г. № 561н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская урология-андрология".

Первичная медико-санитарная помощь детям, прикрепленных к КГБУЗ «КГДБ №8», включает в себя мероприятия по профилактике заболеваний мочеполовой системы, диагностике, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению детей и их законных представителей и осуществляется в следующем порядке:

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом-педиатром образовательного учреждения, врачами-специалистами КГБУЗ «КГДБ №8».

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом - детским урологом-андрологом.

При подозрении или выявлении у детей патологии мочеполовой системы врачи-педиатры участковые направляют детей на консультацию к врачу - детскому урологу-андрологу.

Медицинская помощь в кабинете детского уролога осуществляется в плановом порядке при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни детям, не требующих экстренной или неотложной помощи, по предварительной записи, которая осуществляется врачами педиатрами участковыми.

При направлении детей в кабинет детского уролога педиатром участковым оформляется запись в медицинской документации (форма № 112/у) с указанием предварительного диагноза, сопутствующих заболеваний и клинических проявлений болезни, проводимой терапии, а также необходимых результатов лабораторных и функциональных исследований для пациентов:

А) При подозрении на заболевание мочевыводящих путей (МВП):

- общий анализ мочи (давность не более 7 дней),
- проба мочи по Зимницкому (давность не более 1 месяца),
- развернутый анализ крови (давность не более 7 дней),
- УЗИ почек, мочевого пузыря (давность не более 6 месяцев), с изменениями в мошонке - УЗИ мошонки.

Диагностика и лечение инфекций мочевыводящих путей (ИМВ), в том числе обострений хронического пиелонефрита, осуществляется преимущественно на территориальных педиатрических участках согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

При неэффективности лечения ИМП на педиатрических участках в течение 10 дней пациенты направляются для верификации диагноза и коррекции лечения в кабинет детского уролога в плановом порядке с результатами выше перечисленных исследований.

Пациенты, состоящие на диспансерном учете у врача уролога детского, наблюдаются непосредственно в кабинете врача-уролога детского КГБУЗ «КГДБ № 8». Назначение повторной явки осуществляется медицинскими работниками кабинета детского уролога с указанием даты и времени приема.

Контрольный осмотр детей с выявленной урологической патологией, не подлежащей диспансерному наблюдению и учету врачом-урологом, осуществляется в установленные сроки:

- Травмы мочеполовой системы, после лечения в стационаре – 1 раз в квартал в течение года;
- Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – 1 раз в полгода;
- Энурез – 1 раз в полгода;
- Аномалии почек и мочеточников, при отсутствии осложнений хроническим вторичным пиелонефритом (аплазия почек, удвоение почки, гипоплазия почки, солитарная киста, поликистоз почек) – 1 раз в квартал;
- Пороки развития мужских половых органов:
  - крипторхизм – после оперативного лечения – через 1 месяц, затем 1 раз в полгода в течение года;
  - монорхизм – 1 раз в год;
  - гидроцеле – 1 раз в полгода до операции или до снятия диагноза;
  - гипоспадия, эписпадия – 1 раз в полгода;
  - скрытый половой член – 1 раз в год;
  - фимоз, короткая уздечка полового члена – 1 раз в год до оперативного лечения или раскрытия крайней плоти;
- Острые заболевания наружных половых органов (перекрут гидатиды, яичка, острый орхоэпидидимит, острый баланопостит, ушиб наружных половых органов) после лечения в стационаре – 1 раз в полгода в течение 1 года;
- Дисметаболическая нефропатия – однократно;
- Гипертензионный синдром, ХПН – при наличии врожденной аномалии мочеполовой системы.

**Показаниями для консультации нефролога и дальнейшего наблюдения только на педиатрических участках являются:**

- Острый и хронический гломерулонефрит
- Интерстициальный нефрит
- Тубулопатии
- Дисметаболическая нефропатия
- Синдром гематурии
- Гипертензионный синдром
- ХПН

**Экстренная и неотложная** медицинская помощь детям с урологической патологией осуществляется круглосуточно по адресу: ул. Инструментальная, 12 (КГБУЗ «КГМКБ № 20 им. И.С.Берзона», детское урологическое отделение). Лечащим врачом оформляется направление по форме № 057/у.

Показания для неотложной госпитализации пациентов с урологической патологией:

1. Подозрение или наличие острого пиелонефрита, абсцесса почки.
2. Все травмы мочеполовой системы у детей.
3. Подозрение или наличие урологической патологии, сопровождающейся болевым синдромом и повышением температуры тела.

**Профилактические осмотры детей** врачом урологом проводятся в декретированные возрастные периоды в соответствии с приказом МЗ РФ № 514н от 10.08.2017г., неорганизованным детям - в 3 года и 7 лет, а также перед поступлением в образовательные учреждения. Прием детей врачом урологом детским с профилактической целью в кабинете врача уролога детского поликлиники № 3 КГБУЗ «КГДБ № 8» (ул. Урванцева, 30-А) осуществляется по понедельникам по предварительной записи в последний час приема специалиста детского уролога.

Педиатр, направивший пациента в кабинет уролога детского для профилактического осмотра оформляет запись в медицинской документации (форма № 112/у) с указанием цели посещения специалиста (профилактический осмотр для оформления в МДОУ, СОШ, по приказу МЗ РФ № 514н) и самостоятельно записывает пациента на прием к врачу урологу детскому через электронную регистратуру, предоставляет пациенту информацию о дате, времени приема и номере кабинета специалиста. Пациент обращается в указанный кабинет врача уролога детского, минуя регистратуру, в назначенный день и час без опозданий.

Приложение 1  
к Порядку оказания медицинской  
помощи детям по профилю детская  
урология КГБУЗ «КГДБ № 8»

### **Диагностика и лечение инфекции мочевыводящих путей у детей**

Инфекция мочевыводящих путей у детей – общее понятие, обозначающее воспалительные процессы в различных отделах мочевого тракта: инфекции верхних мочевыводящих путей (пиелит, пиелонефрит, уретерит) и нижних мочевыводящих путей (цистит, уретрит). Инфекции мочевых путей чрезвычайно распространены в детском возрасте – к 5 годам 1-2% мальчиков и 8% девочек имеют как минимум один эпизод заболевания. Распространенность инфекций мочевыводящих путей зависит от возраста и пола: так, среди новорожденных и грудных детей чаще болеют мальчики, а в возрасте от 2 до 15 лет – девочки. Наиболее часто в практике детской урологии и педиатрии приходится сталкиваться с циститом, пиелонефритом и асимптомной бактериурией.

### **Причины инфекции мочевыводящих путей у детей**

Спектр микробной флоры, вызывающей инфекции мочевыводящих путей у детей, зависит от пола и возраста ребенка, условий инфицирования, состояния микробиоценоза кишечника и общего иммунитета. В целом среди бактериальных возбудителей лидируют энтеробактерии, прежде всего кишечная палочка (50-

90%). В остальных случаях высеваются клебсиеллы, протей, энтерококки, синегнойная палочка, стафилококки, стрептококки и др. Острые инфекции мочевыводящих путей у детей обычно вызываются одним видом микроорганизмов, однако при частых рецидивах и пороках развития мочевой системы часто выявляются микробные ассоциации.

Инфекции мочевыводящих путей у детей могут быть ассоциированы с урогенитальным хламидиозом, микоплазмозом и уреаплазмозом и сочетаться с вульвитом, вульвовагинитом, баланопоститом. Грибковые инфекции мочевыводящих путей нередко возникают у ослабленных детей: недоношенных, страдающих гипотрофией, иммунодефицитными состояниями, анемией. Существует предположение, что вирусная инфекция (инфицирование вирусами Коксаки, гриппа, аденовирусами, вирусом простого герпеса I и II типа, цитомегаловирусом) выступает фактором, способствующим наложению бактериальной инфекции.

К развитию инфекции мочевыводящих путей у детей предрасполагают состояния, сопровождающиеся нарушением уродинамики: нейрогенный мочевой пузырь, мочекаменная болезнь, дивертикулы мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, пиелозктазия, гидронефроз, поликистоз почек, дистопия почки, уретроцеле, фимоз у мальчиков, синехии половых губ у девочек. Часто инфекции мочевыводящих путей у детей развиваются на фоне заболеваний ЖКТ - дисбактериоза, запоров, колита, кишечных инфекций и др. Фактором риска могут выступать обменные нарушения (дисметаболическая нефропатия у детей, глюкозурия и др.)

Занос инфекции в мочевые пути может происходить при недостаточной гигиене наружных половых органов, неправильной технике подмывания ребенка, лимфогенным и гематогенным путями, при проведении медицинских манипуляций (катетеризации мочевого пузыря). Мальчики, прошедшие через циркумцизию, страдают инфекциями мочевыводящих путей в 4-10 раз реже необрезанных.

### **Классификация инфекции мочевыводящих путей у детей**

По локализации воспалительного процесса выделяют инфекции верхних отделов мочевыводящих путей - почек (пиелонефрит, пиелит), мочеточников (уретерит) и нижних отделов - мочевого пузыря (цистит) и уретры (уретрит).

По периоду заболевания инфекции мочевыводящих путей у детей разделяют на первый эпизод (дебют) и рецидив. Течение рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у детей может поддерживаться неразрешившейся инфекцией, персистированием возбудителя или реинфекцией.

По выраженности клинических симптомов различают нетяжелые и тяжелые инфекции мочевыводящих путей у детей. При нетяжелом течении температурная реакция умеренная, дегидратация незначительна, ребенок соблюдает режим лечения. Тяжелое течение инфекции мочевыводящих путей у детей сопровождается высокой лихорадкой, упорной рвотой, выраженной дегидратацией, сепсисом.

### **Симптомы инфекции мочевыводящих путей у детей**

Клинические проявления инфекции мочевыводящих путей у ребенка зависят от локализации микробно-воспалительного процесса, периода и тяжести

заболевания. *Признаки наиболее частых инфекций мочевыводящих путей у детей – пиелонефрита, цистита и асимптомной бактериурии.*

Пиелонефрит у детей протекает с фебрильной температурой (38-38,5°C), ознобами, симптомами интоксикации (вялостью, бледностью кожных покровов, снижением аппетита, головной болью). На высоте интоксикации могут развиваться частые срыгивания, рвота, диарея, явления нейротоксикоза, менингеальная симптоматика. Ребенка беспокоят боли в поясничной области или животе; симптом поколачивания положительный. В раннем возрасте инфекции верхних отделов мочевыводящих путей у детей могут скрываться под маской пилороспазма, диспепсических расстройств, острого живота, кишечного синдрома и др.; у детей старшего возраста – гриппоподобного синдрома.

Цистит у детей проявляется, прежде всего, дизурическими расстройствами – частыми и болезненными мочеиспусканиями малыми порциями. При этом полного одномоментного опорожнения мочевого пузыря не достигается, возможны эпизоды недержания мочи. У детей грудного возраста цистит часто сопровождается странгурией (задержкой мочи). О наличии дизурии у детей первого года жизни может говорить беспокойство или плач, связанные с мочеиспусканием, прерывистая и слабая струя мочи. Для цистита характерны боли и напряжение в надлобковой области; температура при цистите нормальная или субфебрильная.

Асимптомная бактериурия чаще встречается у девочек. Эта форма инфекции мочевыводящих путей у детей не сопровождается никакими субъективными клиническими признаками, а выявляется только при лабораторном обследовании. Иногда родители обращают внимание на помутнение мочи ребенка и исходящий от нее дурной запах.

### **Диагностика инфекции мочевыводящих путей у детей**

Инфекции мочевыводящих путей у детей могут быть заподозрены при выявлении в общем анализе мочи лейкоцитурии, бактериурии, протеинурии, иногда – гематурии. Для более детальной диагностики показано исследование мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого. Изменения крови характеризуются нейтрофильным лейкоцитозом, повышенной СОЭ; при пиелонефрите - высоким уровнем острофазных белков (СРБ, альфа-глобулинов).

Основой диагностики инфекций мочевыводящих путей у детей служит бактериологический посев мочи с выделением возбудителя, оценкой степени бактериурии и чувствительности к антибиотикам. В некоторых случаях требуется исследование мочи на хламидии, уреаплазмы, микоплазмы культуральным, цитологическим, серологическим (ИФА) методами, ПЦР.

Детям с инфекцией мочевыводящих путей обязательно проводится ультразвуковое исследование органов мочевой системы (УЗИ почек, УЗДГ сосудов почек, УЗИ мочевого пузыря). Рентгеноконтрастные исследования мочевого тракта (экскреторная урография, микционная цистография, уретрография) показаны только при повторных эпизодах инфекций мочевыводящих путей у детей и только в фазу ремиссии. Для изучения состояния почечной паренхимы выполняется статическая или динамическая сцинтиграфия почек.

Методы эндоскопии у детей (уретроскопия, цистоскопия) используются для выявления уретрита, цистита, аномалий мочеиспускательного канала и мочевого

пузыря. С целью исследования уродинамики проводится урофлоуметрия и цистометрия.

### **Лечение инфекции мочевыводящих путей у детей**

Главное место в лечении инфекций мочевыводящих путей у детей принадлежит антибактериальной терапии. До установления бактериологического диагноза стартовая антибиотикотерапия назначается на эмпирической основе. В настоящее время при лечении инфекций мочевыводящих путей у детей предпочтение отдается ингибиторозащищенным пенициллинам (амоксиклав), аминогликозидам (амикацин), цефалоспорином (цефотаксим, цефтриаксон), карбапенемам (меропенем, имипенем), уроантисептикам (фурадонин, фурагин). Длительность курса антимикробной терапии должна составлять 7-14 дней. После завершения курсового лечения проводится повторное лабораторное обследование ребенка.

Рекомендуется прием НПВП (ибупрофен), десенсибилизирующих средств (тавегил, кларитин), антиоксидантов (витамин Е и др.), фитотерапия. Асимптоматическая бактериурия обычно не требует лечения; иногда в этих случаях назначаются уросептики.

При стихании острой инфекции мочевыводящих путей детям показана физиотерапия: СВЧ, УВЧ, электрофорез, аппликации парафина и озокерита, грязелечение, хвойные ванны.

### **Прогноз и профилактика инфекции мочевыводящих путей у детей**

Запущенные инфекции мочевыводящих путей у детей могут привести к необратимому повреждению почечной паренхимы, сморщиванию почки, артериальной гипертензии, сепсису. Рецидивы инфекций мочевыводящих путей встречаются в 15-30% случаев, поэтому детям из групп риска проводится противорецидивная профилактика антибиотиками или уроантисептиками. Ребенок должен находиться под наблюдением педиатра и нефролога. Вакцинация детей проводится в периоды клинко-лабораторной ремиссии.

Первичная профилактика инфекции мочевыводящих путей у детей должны включать привитие должных гигиенических навыков, санацию хронических очагов инфекции, устранение факторов риска.