

MARIA MAŁGORZATA ZAJĄCZKOWSKA, NAJEEB MOULHEE

ZABURZENIA ODDAWANIA MOCZU U DZIECI Z ZAKAŻENIEM
UKŁADU MOCZOWEGO

*URINATION DISORDERS IN CHILDREN WITH INFLAMMATIO
OF THE URINARY SYSTEM*

*РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ
С ЗАРАЖЕНИЕМ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ*

*РОЗЛАДИ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ДІТЕЙ
ІЗ ЗАРАЖЕННЯМ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ*

z Kliniki Nefrologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik Kliniki : prof. dr hab.med. M. M. Z a j ą c z k o w s k a

W pracy przedstawiono częstość i rodzaj zaburzeń oddawania moczu u dzieci z zakażeniem układu moczowego, ze zwróceniem uwagi na diagnostyczne znaczenie dobrze zebranego wywiadu.

SŁOWA KLUCZOWE: moczenie nocne i dzienne, parcia naglące, zakażenia układu moczowego, dzieci

KEY WORDS: *daytime and night-time urinary incontinence, imperative desire to urinate, inflammation of the urinary system, children.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *ночное и дневное мочеиспускание, внезапные позывы, заражения мочевой системы, дети.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *нічне і денне сечовипускання, раптові позиви, зараження сечової системи, діти.*

Zakażenie układu moczowego (ZUM) jest jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego i stanowi drugie co do częstości miejsce lokalizacji zakażeń bakteryjnych (2, 20). ZUM występuje u około 1% noworodków, głównie płci męskiej, u 4-4,5% dziewczynek i 0,8% chłopców do 2-go roku życia, oraz u 1,6% dziewczynek i 0,1-0,3% chłopców w wieku szkolnym. U starszych chłopców ZUM występuje bardzo rzadko (0,03-0,1%), u dziewcząt natomiast stwierdza się w tym okresie wzrost zachorowalności (18). Część zakażeń manifestuje się mało charakterystycznymi objawami klinicznymi, a u niektórych dzieci przebieg choroby może być bezobjawowy. Sprawia to, że nie zawsze jest ono rozpoznawalne i leczone w porę.

U najmłodszych pacjentów chorobę mogą sugerować: stan gorączkowy, brak przyrostu masy ciała, utrata łaknienia, bladeść, wymioty, wzdęcia i wolne stolce. U nieco starszych często jest to uogólnione osłabienie, uczucie znużenia, bóle

w podbrzuszu często nieuświadomiane, niezauważalne lub niedoceniane przez otoczenie. Dopiero u starszych dzieci objawy stają się charakterystyczne dla ZUM i przybierają postać bolesnego parcia na mocz i zaburzeń oddawania moczu będących wynikiem zapalenia pęcherza i cewki moczowej.

Wczesne, prawidłowo rozpoznane i leczone kończy się z reguły wyzdrowieniem. Nawroty zawsze muszą wzbudzać podejrzenie istnienia czynników sprzyjających, wśród nich zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych (d.d.m.).

Objawy zaburzeń czynności pęcherza i cewki moczowej mogą mieć u dzieci różny charakter (19). W ich rozpoznaniu pomaga dokładnie zebrany wywiad, który powinien uwzględniać m.in.:

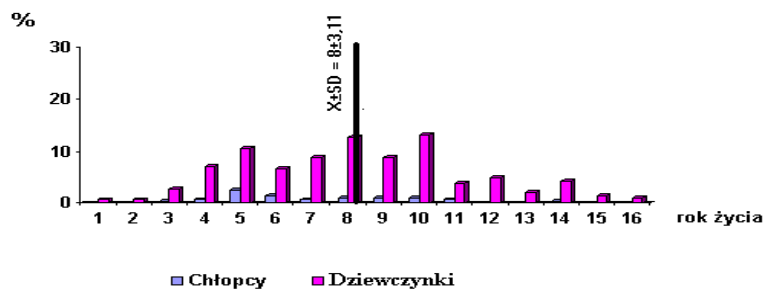
- obecność moczenia nocnego i/lub dziennego,
- stały wyciek moczu,
- obecność tzw. parć nagłych czyli epizodów gwałtownie pojawiającej się potrzeby oddawania moczu oraz prób powstrzymywania mikcji – tzw. objaw kucania
- zbyt częste lub zbyt rzadkie oddawanie moczu
- wspomaganie mikcji tłoczną brzuszną
- nieregularny, przerywany strumień moczu

CEL

Celem pracy było zbadanie i określenie częstości występowania i rodzaju zaburzeń oddawania moczu (ZOM) u dzieci z nawracającym zakażeniem układu moczowego.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowiło 282 dzieci z nawracającym ZUM, leczonych w Klinice Nefrologii Dziecięcej UM w Lublinie, w tym 254 dziewczynek (90, 07%) i 28 chłopców (9,93%). Wiek dzieci wahał się od 1-16 lat, średnio $8 \pm 3,11$. Najliczniejszą grupę stanowiły 4-10 latki (Ryc.1).



Ryc. 1. Odsetek dziewczynek i chłopców w całej badanej grupie.

Fig. 1. Percentages of girls and boys in the whole population group examined.

Рис. 1. Процент девочек и мальчиков во всей исследуемой группе.

Мал. 1. Відсоток дівчаток і хлопчиків у всій досліджуваній групі.

U większości z nich choroba zaczęła się w okresie wczesnego dzieciństwa lub w wieku przedszkolnym, średnio w $3,97 \pm 2,54$ r.ż. przy czym u dziewczynek najczęściej między 2 a 5 r.ż., a u chłopców w wieku poniżej 3 r.ż. (Ryc.2).

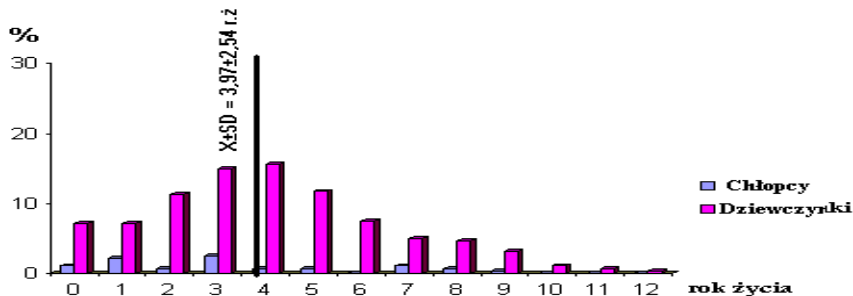


Рис. 2. Początek choroby (rok życia) w całej badanej grupie dzieci z uwzględnieniem płci.

Fig. 2. Onset of the disease (year of life) in the whole group of children examined, with consideration of gender.

Рис. 2. Начало болезни (возраст) во всей исследуемой группе детей с учетом пола.

Мал. 2. Початок хвороби (вік) у всій досліджуваній групі дітей враховуючи статі.

Czas obserwacji wynosił od kilku miesięcy do nawet 16 lat, średnio $4,11 \pm 3,06$. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z chorobą trwającą 1-6 lat. Analizę kliniczną obserwowanych zaburzeń oddawania moczu oparto o wywiad. Określano obecność ZOM podawanych przez pacjenta lub otoczenie takich jak: objawy cewkowe (OC), moczenie nocne (MN), popuszczanie moczu lub nietrzymanie moczu w ciągu dnia (MD) i parcia naglące (PN).

Ustalano także częstość oddawania moczu w ciągu dnia, szczególnie zbyt rzadkie tj. mniej niż 3-4x/dobę. Jest to tak zwane rzadkie oddawanie moczu (ROM). Ponadto śledzono obecność zapor. Z badań wykluczono pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi sugerującymi obecność pęcherza neurogennego. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z użyciem oprogramowania komputerowego Statistica 6.0.

Tab. I. Zaburzenia w oddawaniu moczu wg wywiadu w badanej grupie dzieci z uwzględnieniem płci.

Tab. I. Urination disorders according to medical history taking in the group of children in the study, with consideration of gender.

Таблица I. Расстройства мочеиспускания согласно с анамнезом в исследуемой группе детей с учетом пола.

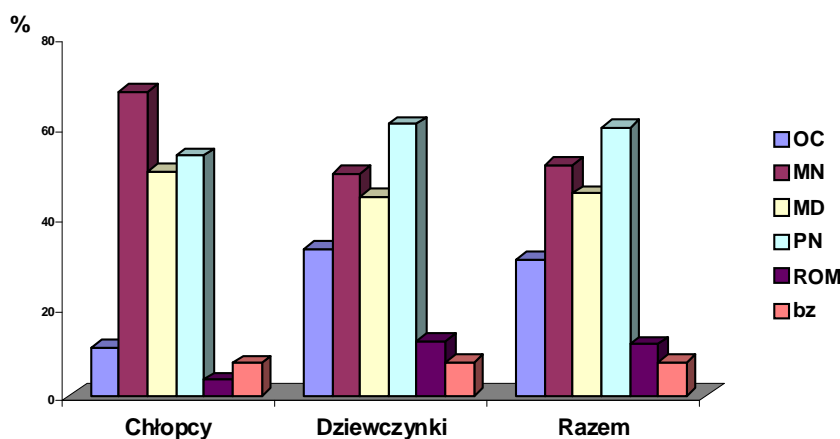
Таблиця I. Розлади сечовипускання згідно з анамнезом в досліджуваній групі дітей з враховуючи статі.

Zaburzenie oddawania moczu	Chłopcy N=28		Dziewczynki N=254		Razem N=282	
	L.dz.	%	L.dz.	%	L.dz.	%
Objawy cewkowe	3	10,71	83	32,67	86	30,50
Moczenie nocne	19	67,86	126	49,60	145	51,42
Nietrzymanie moczu w ciągu dnia	14	50,00	113	44,48	127	45,04
Parcie naglące	15	53,57	154	60,63	169	59,93
Rzadkie oddawanie moczu	1	3,57	31	12,20	32	11,35
Bez zmian	2	7,14	19	7,48	21	7,45

WYNIKI

Stwierdzono, że jedynie u 7,45% badanych nie występowały objawy zaburzeń oddawania moczu. We wszystkich pozostałych przypadkach (92,55%) obserwowano różne ZOM, przy czym u niektórych sumowały się. Najliczniejszą grupę stanowiły dzieci z objawami parcia naglącego (59,93%) a następnie moczenia nocnego (51,42%) i nietrzymania moczu w ciągu dnia (45,04%) (Tab I).

Rzadszymi objawami były objawy cewkowe (30,5%) i rzadkie oddawanie moczu (11,35%). Ryc. 3 przedstawia rodzaje ZOM i częstość ich występowania u chłopców w porównaniu z dziewczynkami.



Ryc.3. Rodzaje zaburzeń oddawania moczu wg wywiadu w odniesieniu do całej grupy badanej z uwzględnieniem płci

Fig. 3. Type of urination disorders according to medical history taking in relation to the whole study group, with consideration of gender.

Рис. 3. Виды расстройств мочеиспускания согласно с анамнезом по отношению ко всей исследуемой группе и учетом пола.

Мал. 3. Види розладів сечовипускання згідно з анамнезом в порівнянні зі всією досліджуваною групою враховуючи статі.

Stwierdzono, że u chłopców najczęściej spotykanymi objawami były: moczenie nocne (67,86%), parcia naglące (53,57%) i nietrzymanie moczu w ciągu dnia (50,00%). U dziewczynek zaś dominowały parcie naglące (60,63%), moczenie nocne (49,60%) i nietrzymanie moczu w ciągu dnia (44,48%). Ponadto u dziewczynek około 3-krotnie częściej obserwowano objawy cewkowe i rzadkie oddawanie moczu w porównaniu z chłopcami. Jednakże analiza statystyczna wykazała brak znamienych różnic w częstości występowania badanych objawów między chłopcami i dziewczynkami, chociaż częstsze MN u chłopców było bliskie statystycznej znamienności ($p=0,06$). U 21,63% dzieci, w tym u 21,43% chłopców i 21,65% dziewczynek obecne były zaparcia. Różnica ta nie była statystycznie znamienna.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Częstsze występowanie, już od najmłodszych lat, ZUM u dzieci zmusza do zwrócenia baczniejszej uwagi na ten problem. Jeszcze do niedawna niektóre objawy towarzyszące ZUM były nieświadomiane lub niezauważane przez otoczenie. Znane od dawna zaburzenia oddawania moczu jak np. moczenie nocne czy popuszczanie moczu w ciągu dnia, są w niektórych środowiskach tematem wstydlwym czy usprawiedliwianym, a co więcej bagatelizowanym. Często mówi się, że dziecko „wyrośnie z tego”, a zdarza się nawet, że jest ono wręcz obwiniane

przez otoczenie za takie zachowanie. Jeśli jednak, a obserwuje się to obecnie coraz częściej, rodzice zgłaszają się do lekarza, zaniepokojeni nieprawidłowymi objawami związanymi z oddawaniem moczu u swojego dziecka, to koncentrują się na problemie moczenia nocnego nie informując o innych zauważanych zaburzeniach mikcji.

Dlatego w diagnostyce zaburzeń oddawania moczu obok badania przedmiotowego, badań laboratoryjnych i obrazowych układu moczowego oraz badań urodynamicznych, istotne znaczenie ma starannie zebrany wywiad (13). International Children's Continence Society opracowało standardy i definicje dotyczące zaburzeń czynności d.d.m. u dzieci (1). Znana jest też klasyfikacja i objawy tych zaburzeń. Wśród nich wylicza się m.in. objawy cewkowe, moczenie nocne, moczenie dzienne, parcia naglące i zespół rzadkiego oddawania moczu (6). W praktyce każdy z tych objawów może sugerować obecność ZUM.

Przedmiotem badań w niniejszej pracy było zbadanie częstości występowania podawanych w wywiadzie zaburzeń oddawania moczu u dzieci z ZUM. Już na podstawie analizy materiału stwierdzono, że wśród badanych dzieci z ZUM większość stanowiły dziewczynki. Dzieje się tak, bowiem krótka i szeroka cewka moczowa żeńska oraz warunki topograficzne ułatwiają wtargnięcie drobnoustrojów do pęcherza. Usprawiedliwia to znaną w praktyce i piśmiennictwie kilkakrotną przewagę dziewczynek wśród dzieci z ZUM, zwłaszcza po okresie niemowlęcym.

Znacząca większość dzieci badanych w niniejszej pracy mieściła się w przedziale wiekowym powyżej 4 roku życia. Wiązać to można przede wszystkim z panującym ogólnie przekonaniem, że do 4 r.ż. zaburzenia oddawania moczu są usprawiedliwione. Niektóre źródła przesuwają tę granicę do pięciu lat (9). Usypia to niejednokrotnie czujność opiekunów i opóźnia prawidłowe rozpoznanie. Praktyka wskazuje, że na szczęście coraz częściej, nie zawsze charakterystyczne dla ZUM kliniczne objawy chorobowe u małych dzieci kojarzone są, w tym często trafnie, z zakażeniem w drogach moczowych. Pozwala to na wczesne rozpoznanie ZUM i jego diagnostykę.

Dokładnie zebrany wywiad dotyczący zaburzeń oddawania moczu wykazał, że największą grupę stanowiły dzieci z objawami parcia naglącego. Uwzględniając płeć były to przede wszystkim dziewczynki. U chłopców dominowało moczenie nocne, przy czym różnica w częstości występowania tego właśnie objawu między chłopcami i dziewczynkami była bliska statystycznej znamienności ($p=0,06$), czego nie obserwowano w częstości występowania parcia naglącego ($p=0,46$) ani żadnych innych objawów ZOM.

Problem występowania moczenia nocnego u dzieci jest podnoszony przez wielu autorów. Objaw ten, który może być m.in. także np. jedynym objawem ZUM u dzieci (2), ma niejednorodną etiologię i dlatego wymaga odpowiedniej diagnostyki różnicowej. Klasyfikacja podawana w publikowanym piśmiennictwie (16), oparta na równoczesnym występowaniu lub nieobecności innych objawów ze strony pęcherza moczowego, dzieli moczenie nocne na tzw. monosymptomatyczne i wielobjawowe. U wszystkich badanych w niniejszej pracy dzieci było ono wielobjawowe tzn. moczenie, któremu towarzyszyły nasilone parcie lub częstomocz bądź inne objawy zaburzeń czynności d.d.m.

Większość rodziców zauważa problem moczenia nocnego dopiero wtedy kiedy dziecko ukończy 5 lat. Wg danych piśmiennictwa około 20% dzieci w tym wieku moczy się do łóżka co najmniej raz w miesiącu, a około 5% chłopców i poniżej 1% dziewczynek każdej nocy (7). W wieku 6 lat jedynie 10% dzieci moczy się i co roku około 15% moczających się przestaje to robić. Ogólnie 60% dzieci moczających się i ponad 90% z MN to chłopcy (17). Taką dominację płci męskiej obserwowano także w pracy własnej. Dzieci moczające się w nocy charakteryzują się często małą pojemnością pęcherza, który nie jest w stanie utrzymać moczu wytworzonego w ciągu nocy. Takie obserwacje poczynił *Maizels*, stwierdzając u 85% badanych przez siebie dzieci z moczeniem, ograniczoną pojemność pęcherza (10).

Pojemność pęcherza mogą zmniejszać zaparcia i dawać uczucie parcia na mocz bądź utrudniać oddawanie moczu imitując zaburzenia czynności d.d.m (17). Stąd w wywiadach niezwykle istotne są informacje na ten temat. W materiale własnym problem zaparcia dotyczył 21,63% dzieci z zakażeniem układu moczowego. Nie wykluczone, że skuteczna eliminacja tych zaburzeń, byłaby wystarczającym elementem leczenia zaburzenia oddawania moczu i w konsekwencji zmniejszenia częstości lub ustąpienia epizodów ZUM. Podobną sugestię wysunął *Johnson* i wsp. (8) a także inni autorzy (4). *O' Regan* i wsp. twierdzą natomiast, że zaparcia mogą odpowiadać nie tylko za moczenie nocne, ale również za nietrzymanie moczu w ciągu dnia m.in. dlatego, że związane z obecnością mas kałowych skurcz zwieracza odbytu może prowadzić do zaburzenia czynności mięśnia wypieracza w pęcherzu (11).

Typowym przykładem zaburzeń oddawania moczu jest moczenie dzienne. Około 8% dzieci z moczeniem nocnym ma także moczenie dzienne, ale 50-60% dzieci z moczeniem dziennym moczy się również w nocy. Ocenia się, że 5-10% dzieci w wieku szkolnym wogóle, moczy się w ciągu dnia (3). Obejmuje to przypadki nietrzymania moczu zdarzające się kilka razy w tygodniu, do wielu incydentów dziennie. W badaniu własnym, u dzieci z zakażeniem układu moczowego, odsetek pacjentów z moczeniem dziennym wynosił 51,42%, w tym u dziewczynek 49,60% i u chłopców 67, 86%. Wysoki odsetek tych zaburzeń należy tłumaczyć faktem, że badaniem objęto dzieci z ZUM, w przebiegu którego stan podrażnienia błony śluzowej pęcherza wyzwalając może uczucie wzmożonego parcia na mocz. Potwierdzeniem tego są wyniki badania, w których stwierdzono, że u 29% dzieci z moczeniem wielobjawowym, w tym u 50% dziewczynek, występuje bakteriuria (5).

Jednym z objawów zaburzeń oddawania moczu jest częstomocz obserwowany u dzieci w ciągu dnia. Dotyczy najczęściej 3-11 letnich chłopców, ale może dotyczyć także dziewczynek. Dzieci te oddają mocz co 10-20 minut. W typowym zespole częstego oddawania moczu w ciągu dnia mocz oddawany jest bez bólu. Częste oddawanie moczu jest tu objawem pierwszorzędowym, ale u 25% dzieci stwierdza się także nietrzymaniem moczu w ciągu dnia. Podobne objawy pojawiać się mogą również u dzieci obojga płci, kąpanych w różnych płynach toaletowych. Tłumaczyć je należy oddziaływaniem chemicznym na cewkę moczową.

Różnicując wymienione stany z zapaleniem cewki moczowej należy pamiętać, że typowe urethritis może objawiać się tylko pieczeniem lub świądem w okolicy

ujścia zewnętrznego cewki, na ogół jednak towarzyszą mu również charakterystyczne dla zapalenia pęcherza moczowego zaburzenia w oddawaniu moczu: bolesne, naglące lub zbyt częste mikcje. Ustalenie zatem właściwego rozpoznania w przypadku częstomoczu, wymaga starannego obejrzenia krocza u dziewczynki, a u chłopca ujścia zewnętrznego cewki, pomimo tego, że badanie jest, zwłaszcza u większych dzieci, nieprzyjemne i krepujące. W różnicowaniu należy też pamiętać, że przyczyną objawów cewkowych może być nie tylko zakażenie, ale także uraz, alergja, ciała obce i inne nieokreślone czynniki. Ponadto częste oddawanie małych porcji moczu może być związane z niestabilnością pęcherza lub jego małą pojemnością (9).

W badaniach własnych u dzieci z zakażeniem układu moczowego objawy cewkowe obecne były u 30,5% dzieci, z przewagą płci żeńskiej. Wiązać je należy z obecnością zmian zapalnych, które powodują nadreaktywność nie tylko pęcherza, ale także cewki. Efektem tego mogą być właśnie częste mikcje, pieczenia i ból cewki bądź podbrzusza w czasie i po mikcji. Stosunkowo mały odsetek dzieci z objawami cewkowymi w badanej grupie należy tłumaczyć faktem, że u części dzieci zakażenie układu moczowego, zwłaszcza o charakterze nawrotowym, może przebiegać bez objawów cewkowych.

Inny objaw zaburzeń mikcji – rzadkie oddawanie moczu, był w badaniach własnych obserwowany u 11,35% badanych dzieci, przy czym zarówno objawy cewkowe jak i rzadkie oddawanie moczu występowały częściej u dziewczynek w porównaniu z chłopcami. Ten ostatni objaw jest zespołem przetrzymywania moczu najczęściej związanym z nawykiem zbyt rzadkiego oddawania moczu, ograniczonym jedynie do 2-3 mikcji na dobę. Wg piśmiennictwa dotyczy przede wszystkim dziewczynek i wiąże się z unikaniem oddawania moczu poza domem (14). Może on być jednak także objawem zaburzeń czynności, w którym uczucie wypełnienia pęcherza jest osłabione. Nadmiernie rozciągnięty pęcherz i znaczna anemizacja pęcherza i jego ścian jest przyczyną towarzyszących częstych zakażeń układu moczowego.

W badaniach własnych najczęściej obserwowanym zaburzeniem oddawania moczu było parcie naglące. Dotyczyło ono prawie 60% dzieci z zakażeniem układu moczowego. Klinicznie zespół parć naglących charakteryzuje się pilną i nagłą potrzebą oddania moczu. Jest on znaną przyczyną nietrzymania moczu w ciągu dnia i często się z nim kojarzy, ale może też współistnieć z moczeniem nocnym lub np. częstomoczem. U większości dzieci objaw ten (parcie naglące) pojawia się po tzw. „przerwie suchej” czyli po opanowaniu oddawania moczu w sposób kontrolowany i rzadko obserwowany jest po 10-12 r.ż. co oznacza, że zwykle występuje u dzieci 4-10 letnich (15). Dzieci z tą dolegliwością chcąc zahamować mikcję, przysiadają uciskając krocze piętą lub w charakterystyczny sposób krzyżują nogi. Zachowanie takie ma powstrzymać na chwilę nagłą potrzebę oddania moczu poprzez wzrost napięcia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej, a także dzięki zwiększeniu napięcia mięśni poprzecznie prążkowanych dna miednicy i zahamowaniu, na zasadzie odruchu z ośrodka krzyżowego mikcji, skurczu wypieracza (12).

U dzieci z zakażeniem układu moczowego zwykle współistnieją objawy cewkowe, parcia naglące, nietrzymanie moczu w ciągu dnia, a często także moczenie nocne. Zjawisko takie obecne było również u pacjentów w niniejszym badaniu, zarówno u dziewczynek jak i u chłopców.

WNIOSKI

1. Zakażeniom układu moczowego u dzieci towarzyszą różne zaburzenia oddawania moczu.

2. Dokładnie zebrany wywiad pomaga w różnicowaniu zaburzeń w oddawaniu moczu i odgrywa istotną rolę w prawidłowej diagnostyce i postępowaniu w zakażeniach układu moczowego u dzieci.

M. M. Zajączkowska, N. Moulhee

URINATION DISORDERS IN CHILDREN WITH INFLAMMATION OF THE URINARY SYSTEM

Summary

The objective of the study was analysis of the frequency and type of urination disorders occurring in children with inflammation of the urinary system. The study group covered 282 children with recurring inflammations of the urinary system, mean age 8 ± 3.11 . Clinical analysis of the infections observed was based on medical history taking, with particular attention paid to the occurrence of urethral symptoms, night-time urinary incontinence, daytime urinary incontinence, imperative desire to urinate, and scanty urination. In addition, the co-existence of constipation was analysed. In 92.55% of children with inflammation of the urinary system the presence of urination disorders was observed, mainly the imperative desire to urinate (59.93%), night-time urinary incontinence (51.42%), and daytime urinary incontinence (45.04%). In some children the symptoms accumulated. While discussing the problem and making conclusions, the authors pay attention to the importance of the symptoms of urinary disorders in children reported during history taking.

M. M. Зайончковска, N. Moulhee

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАРАЖЕНИЕМ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Аннотация

Целью данной работы был анализ частоты и вида расстройств мочеиспускания у детей с заражением мочевого системы. Исследуемую группу составляло 282 ребенка с повторными заражениями мочевого системы, средний возраст которых составлял $8 \pm 3,11$. Клинический анализ наблюдаемых заражений основан на анамнезе, с особым вниманием на наличие уретральных признаков, ночное мочеиспускание, дневное мочеиспускание, внезапный позыв на мочеиспускание, а также редкого мочеиспускания. Кроме этого обращалось внимание на наличие запоров.

У 92,55% детей с заражением мочевого системы подтверждено присутствие расстройства мочеиспускания, главным образом внезапных позывов (59,93%), ночных мочеиспусканий (51,42%), дневных мочеиспусканий (45,04%). У некоторых детей признаки суммировались.

В дискуссии и выводах авторы обращают особое внимание на значение правильного распознавания, диагностики и правильного лечения заражений мочевого системы, признаков расстройств мочеиспускания, которые подаются в анамнезе.

M. M. Зайончковська, N. Moulhee

РОЗЛАДИ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАРАЖЕННЯМ
СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Анотація

Метою даної роботи був аналіз частоти і вигляду розладів сечовипускання у дітей із зараженням сечової системи. Досліджувану групу склали 282 дитини з повторними зараженнями сечової системи, середній вік яких складав $8 \pm 3,11$. Клінічний аналіз спостережуваних заражень був заснований на анамнезі, з особливою увагою на наявність уретральних ознак, нічне сечовипускання, денне сечовипускання, раптовий позив на сечовипускання, а також рідкого сечовипускання. Окрім цього зверталася увага на наявність запорів.

У 92,55% дітей із зараженням сечової системи підтверджена присутність розладу сечовипускання, головним чином раптових позивів (59,93%), нічних сечовипускань (51,42%), денних сечовипускань (45,04%). У деяких дітей ознаки підсумувалися.

У дискусії і висновках автори звертають особливу увагу на значення правильного розпізнавання, діагностики і правильного лікування заражень сечової системи, ознак розладів сечовипускання, які подаються в анамнезі.

PIŚMIENNICTWO

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., van Kerrebroeck P., Victor A., Wein A: The standardisation of terminology of lower urinary tract function, Report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Am J of Obs and Gynec.* 2002, 187 (1), 116-126.

2. Apoznański W., Chrzan R., Patkowski D., Siekanowicz P.: Czynność dolnych dróg moczowych u dzieci z zakażeniami układu moczowego. *Pol. Merkurys Lek* 2002 Apr;12(70):279-281.

3. Austin PF., MD, Ritchey ML., MD.: Zaburzenia oddawania moczu. *Pediatrica. po Dyplomie.* Czerwiec 2001, 5/3, 23-31.

4. Chiozza M. L.: Dysfunctional voiding. *Pediatr. Med. Chir.* 2002 Mar-Apr, 24(2), 137-140.

5. Gidian D.: Trudności w interpretacji badań urodynamicznych u pacjentów z zakażeniem dróg moczowych. *Wiad. Urodynamicz.* 2000, 4, 12-13.

6. Grabowska A., Czupryniak-Sławińska, Andrzejewska M.: Badanie urodynamiczne – istotny element diagnostyczny w ocenie czynności dolnych dróg moczowych w wybranych schorzeniach układu moczowego u dzieci. *Przegląd pediatryczny*, 2002, 32, 4, 280-284.

7. Howe AC., Walker CE.: Behavioral management of toilet training, enuresis, and encopresis. *Pediatr. Clin. North Am.* 1992, 39, 413-432.

8. Johnson C.E.: Postępy w leczeniu i rozpoznawaniu zakażeń układu moczowego u dzieci. *Pediatr. po Dyplomie.* 2000, 4/3, 68 – 81.

9. Lawless MR. MD, McElderry DH. MD.: Moczenie nocne ; współczesne poglądy. *Pediatr. po Dyplomie*, sierpień 2002, 6, 4, 35-43.

10. Maizels M., Gandhi K., Keating B., Rosenbaum D.: Diagnosis and treatment for children who cannot control urination. *Curr. Probl. Pediatr.* 1993, 23, 402-450.

11. O'Regan S., Yazbeck S., Schick E.: Constipation, bladder instability, urinary tract infection syndrome. *Clin. Nephrol.*, 1985 Mar., 23 Issue 3, 152-154.

12. Paruszkiewicz G.: Diagnostyka urodynamiczna u dzieci z nawracającymi zakażeniami układu moczowego. *Wiadomości. Urodynamiczne.* 2000, 3, 10-12.

13. Paruszkiewicz G.: Rola wywiadu chorobowego w diagnostyce zaburzeń oddawania moczu u dzieci. *Wiadomości Urodynamiczne.* 2001, 5, 13-15. (P1-)

14. Piechuta L., Zajączkowska M.: Mechanizm nawrotów zakażeń układu moczowego u dzieci z zaburzeniami czynności dolnego odcinka dróg moczowych. *Lek. Wojsk., Supl. II*, 1999,108-116.
15. Robson W.L., Leung A.K., Bloom D.A.: Daytime wetting in childhood. *Clin Pediatr (Phila)*, 1996 Feb.,35 Issue 2, 91-98.
16. Rushton H.G.: Wetting and functional voiding disorders. *Urol. Clin. North Am.* 1999,22,121-128.
17. Schmitt B. D.: Moczenie nocne. *Pediatrics in Review (Wyd. Polskie)*1998, 4, 2/2, 4-13.
18. Sieniawska M., Wyszyńska T. (red): *Nefrologia dziecięca*. Biblioteka Lekarza Specjalisty, 2003.
19. Ślusarczyk M.: Wskazania do badań urodynamicznych u dzieci. *Wiadomości Urodynamiczne*. Warszawa 2001, 5, 9-12.
20. Zajączkowska M., Zinkiewicz Z., Duda B., Kołacz A., Szajner-Milart I.: Zaburzenia anatomiczne i czynnościowe dróg moczowych u dzieci z zakażeniem układu moczowego. *Pol. Merk. Lek.*, 2001,XII, 67,291-293.

Data otrzymania: 23.06.2008.

Adres Autorów: 20-093 Lublin, ul. Chodźki 2, Klinika Nefrologii Dziecięcej UM.