

Список литературы:

1. Онищенко, Г. Г. Иммунобиологические препараты и перспективы их применения в инфектологии / Г. Г. Онищенко, С. С. Афанасьев, В. В. Поспелова. – М., 2016. – 608 с.
2. Урсова, Н. И. Микробиоценоз открытых биологических систем организма в процессе адаптации к окружающей среде / Н. И. Урсова // РМЖ. Детская гастроэнтерология и нутрициология. – 2015. – № 12 (16). – С. 957–959.
3. European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe / A. Guarino [et al.] // J.Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2014. – Vol. 59 (1). – P. 132–152.

МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Хлебовец Н.И., Дубицкая В.Ю., Бернадская Е.Ф.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Термином инфекция мочевых путей (ИМП) обозначают воспалительный процесс, локализующийся в различных отделах мочевыделительной системы.

По данным ВОЗ в структуре инфекционной заболеваемости ИМП занимает второе место, уступая лишь респираторным инфекциям.

По отчетным данным УЗ «ГОДКБ» за последние 3 года частота микробно-воспалительных заболеваний составляет 73-77% среди нефрологической патологии у детей.

Цель исследования – анализ клинических проявлений, диагностики и лечения инфекции мочевой системы у детей в условиях нашего региона.

Объект и методы исследования. Нами наблюдались 204 ребенка с инфекцией мочевых путей (ИМП) в возрасте от 1 месяца до 17 лет, находившихся на лечении в соматическом отделении УЗ «ГОДКБ» в 2016 году.

Анализировались нозологические формы заболевания, возраст, данные клинического обследования и результаты терапии.

Результаты и их обсуждение. На стационарном лечении в соматическом отделении УЗ «ГОДКБ» находилось 283 ребенка с патологией мочевой системы в возрасте от 1 месяца до 17 лет. У 203 (71,7%) пациентов выявлены микробно-воспалительные заболевания почек (МВЗП), гломерулярные и другие заболевания почек диагностированы у 80 (28,3%) детей.

По нозологическим формам МВЗП распределились следующим образом: инфекция мочевых путей была у 116 (57,1%) пациентов, пиелонефритов (ПеН) – 87 (42,9%) детей, из них острых ПеН было 68 (33,5%), хронических ПеН – 19 (9,4%).

В возрасте до 1 года было 50 (17,6%) детей, 1-3 года – 52 (18,4%), 3-7 лет – 59 (20,8%), 7-12 лет – 50 (17,6%), старше 12 лет – 72 (25,4%) ребенка. Мальчиков было 79 (28,0%), девочек – 204 (72,0%).

По нашим данным дети равномерно поступали в стационар в течение года. Среднее ежемесячное поступление составило 24-28 человек в месяц. Лишь в феврале и марте поступило в стационар 16 и 15 пациентов соответственно, а наибольшее поступление (30 человек) было в августе.

Среди клинических проявлений синдром интоксикации выявлен у 54,0% детей, болевой синдром – у 56,0% (абдоминальный у 27,0%, поясничный у 29,0%), дизурический синдром – у 30,0% пациентов. Клинических проявлений не было у 9,3% детей, диагноз которым выставлен на основании мочевого синдрома. В лейкоцитограмме мочи у 80,0% выявлен нейтрофилез, у 22,0% – нейтрофилез с лимфоцитозом.

По результатам микробиологического обследования, проводимого нашим пациентам, основным возбудителем ИМС почек была грамотрицательная палочка семейства Enterobacteriaceae (86,4%), остальные 13,6% представлены кишечной палочкой, протеем, грамположительными кокками и др.

В комплекс терапии включался режим (постельный, полупостельный) в среднем 5-7 дней. Сроком на 7-10 дней

назначалась молочно-растительная диета с умеренным ограничением белка (1,5-2 г/кг), соли (до 2-3 г/сут). Рекомендовалось достаточное питье – на 50,0% больше возрастной нормы с чередованием слабощелочных минеральных вод («Славяновская», «Смирновская») с клюквенным или брусничным морсом.

Соблюдался режим «регулярных» мочеиспусканий (через 2-3 часа – в зависимости от возраста). Проводился тщательный туалет наружных половых органов.

Основу медикаментозного лечения ИМС составляет антимикробная терапия. В нефрологических стационарах при лечении ИМП использовались группы антибактериальных препаратов, рекомендованных при мультицентровых микробиологических мониторингах.

Согласно существующим российским «Протоколам диагностики и лечения заболеваний органов мочевой системы у детей» [1], в активную фазу этиотропная терапия основывается на результатах микробиологического исследования.

Эмпирическая (стартовая) терапия проводилась с учетом степени активности патологического процесса. При высокой степени активности использовались «защищенные пенициллины» в ступенчатой терапии, внутривенно 2-3 дня, затем внутрь в 3 приема или цефалоспорины третьего поколения (2-3 дня внутривенно, затем внутрь 10-14 дней). При средней степени – «защищенные пенициллины» перорально 10–14 дней или цефалоспорины второго поколения внутрь в 3 приема. При минимальной степени активности и повторных обострениях – лечение в амбулаторных условиях с использованием «защищенных пенициллинов» и цефалоспоринов.

В основном использовался метод ступенчатой терапии (внутривенное введение препарата, затем внутримышечное, а затем прием через рот). Курс лечения длился 14 дней (21 день – по показаниям). При вторичном ПeН длительность терапии зависела от характера уродинамических расстройств и клинико-лабораторных показателей. Длительность терапии антибиотиками продолжалась до 3-4 недель при персистировании возбудителя в моче, неэффективность предшествующей терапии.

Антибактериальная терапия неосложненного цистита длилась 7 дней.

При необходимости проводилась дезинтоксикационная терапия, при тяжелом течении первые 1-3 дня инфузионная терапия.

Согласно вышеуказанным протоколам по мере стихания воспалительного процесса (в среднем через 3-5 дней) назначалась антиоксидантная и мембранстабилизирующая терапия длительностью 3-4 недели (витамины Е, В6, бета-каротин, димефосфон, триовит, эйконол). В последующем курсы антиоксидантной терапии проводятся 10-14 дней 2-3 раза в год в течение всего диспансерного наблюдения за больными детьми. Иммунокорректирующая терапия – по показаниям.

При быстрой нормализации показателей в общем анализе крови и мочи и улучшении самочувствия детям после курса антибиотика (10-14 лет) назначался уросептик (фурамаг или фурагин) в дозе 5-8 мг/кг/сут сроком до 1 месяца от начала терапии. Помимо антибактериальной терапии больные получали дипиридамол в дозе 5-7 мг/кг в течение 1 месяца. За время пребывания в стационаре при первичном ПеН вначале нормализовалось общее состояние (3-7 дней), затем исчезли изменения в моче (10-15 дней) и в последнюю очередь нормализовались показатели активности воспалительного процесса в крови (СОЭ, нейтрофилез, СРБ, серомукоид и др.). Часть пациентов выписывались из стационара по окончании парентерального введения антибиотика при условии ликвидации мочевого синдрома (15,3%), остальные – после полного курса антибактериальной терапии (80,7%). После выписки из стационара пациенты получали поддерживающую терапию уросептиком (фурамаг в дозе 1-2 мг/кг 1 раз на ночь) в течение 2 месяцев.

Для лечения инфекции мочевыделительной системы общий курс антибактериальной и уросептической терапии составлял 1 месяц: 7-10 дней антибактериальная терапия, а затем – уросептик в поддерживающей дозе.

Больным с МВЗП в период поддерживающей терапии наряду с уросептиками получали канефрон в возрастной

дозировке.

Выводы:

1. МВЗП чаще встречались у девочек и проявлялись интоксикационным, болевым, дизурическим и мочевым синдромами.

2. Клинических проявлений не было у 9,3% детей, диагноз которым выставлялся на основании мочевого синдрома.

3. По результатам микробиологического обследования основным возбудителем МВЗП была грамотрицательная палочка семейства Enterobacteriaceae (86,4%).

4. Соблюдение схемы терапии при первичном ПеН приводит к выздоровлению пациентов. Вторичные ПеН должны быть вовремя диагностированы и наблюдаться совместно с урологами.

Список литературы:

1. Протоколы диагностики и лечения заболеваний органов мочевой системы у детей. Руководство для врачей – 2-е изд., перераб. и допол. / под ред. А. А. Вялкова [и др.]. – М. : Изд-во Медакадемия Оренбурга, 2010. – 253 с.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Хоха Р.Н., Насридинова В.А., Исаенко К.В., Кривецкий Д.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,

Гродно, Беларусь

Введение. Инородным телом пищеварительного тракта является предмет, поступивший в желудочно-кишечный тракт извне случайно или умышленно, или предмет, образовавшийся в самом организме и по своему составу не может быть использован в нормальных условиях как пища. Инородные тела в пищеварительном тракте чаще встречаются у детей в сравнении с взрослыми. Это и понятно – дети все любят брать в рот. Список