

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ МОЧИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Хлебовец Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Микробно-воспалительное заболевания (МВЗ) мочевыводящих путей являются самой распространённой проблемой у детей, преобладая в младенческом возрасте. Это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма, его реактивностью, свойствами микроорганизмов, вызывающих данную патологию. По отчетным данным УЗ «ГОДКБ» за последние 3 года частота МВЗ составляет 73-77% среди всей нефрологической патологии у детей.

Целью настоящего исследования является определение микробного пейзажа мочи по данным УЗ ГОДКБ для обоснования стартовой эмпирической терапии МВЗ мочевых путей у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 205 детей с МВЗ мочевой системы в возрасте от 1 месяца до 17 лет, находившихся на лечении в соматическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы с 2009 по 2011 год. Анализировали нозологические формы заболевания, возраст, пол, длительность заболевания, клинические проявления, данные микробиологического обследования.

Результаты и обсуждение. По нозологическим формам исследуемые больные распределились следующим образом: острый пиелонефрит (ПЕН) диагностирован у 77 (37,7%) детей, хронический первичный ПЕН у 24 (11,7%), хронический вторичный ПЕН у 24 (11,7%), инфекция мочевой системы у 73 (35,6%).

В возрасте до 1 года было 29 (14,2%) детей, 1–3 года – 57 (27,8%), 4–6 лет – 32 (15,6%), 7–12 лет – 61 (29,8%), старше 12 лет – 26 (12,7%) детей. Мальчиков было 33 (16,1%), девочек – 172 (83,9%).

Большая часть больных (74%) с МВЗ мочевыделительной системы были госпитализированы в первые 7 дней от начала заболевания. Из них в первые 3 дня – 28%, остальные 26% больных были госпитализированы в сроке 7–15 дней от начала

заболевания, причем все эти больные получали антибактериальную терапию амбулаторно. Среди клинических проявлений синдром интоксикации выявлен у 52% детей, болевой синдром у 59% (абдоминальный у 28%, поясничный у 31%), дизурический синдром у 31% больных. Клинических проявлений не было у 16% детей, диагноз которым выставлен на основании мочевого синдрома. В лейкоцитограмме мочи у 73,6% выявлен нейтрофилез, у 26,4% – нейтрофилез с лимфоцитозом.

Основу лечения МВЗ мочевыделительной системы составляет антимикробная терапия. В нефрологических стационарах при лечении ИМП используются группы антибактериальных препаратов, рекомендованных при мультицентровых микробиологических мониторингах. По-прежнему сохраняют свои лидерские позиции ингибитор защищённые аминопенициллины, цефалоспорины III–IV поколения, аминогликозиды, карбопенемы, уроантисептики – производные нитрофурана (фуразидин) [1].

Ранее нами было изучено микробиологическое исследование мочи и чувствительность к антибиотикам у больных с МВЗ почек в условиях нашего стационара. У 69,6% детей обнаружен рост микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae*, у (10,7%) больных рост микробов семейства *Proteus*, у 7,1% – *St. saprophiticus*, и др. Микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* были чувствительны к цефтриаксону у 80%, гентамицину – 54%, амикацину и полимиксину – 50%. К ципрофлоксацину чувствительны были эти микроорганизмы у 86%, умеренно чувствительны у 14% и устойчивыми не были ни в одном случае.

Процент высеваемости микроорганизмов по данным 2009-2011 гг. был сопоставим с исследованиями, проведёнными в 2005 году (данные 2001 – 2004 года) 25,3% и 28,7% соответственно. Основным возбудителем МВЗ почек была грамотрицательная палочка семейства *Enterobacteriaceae* (86,4%), остальные 13,6% представлены протеом, грамположительными кокками и др. Анализ чувствительности микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* показал, что в 100% случаев они чувствительны к норфлоксацину, моксифлоксацину, азтреонаму, имипенему, линезолиду, гентамицину, цефотаксиму. Чувствительность и умеренная устойчивость выявлена

следующая: к офлоксацину чувствительны в 80%, умеренно устойчивы в 20%, к ципрофлоксацину – 85,7% и 14,3% соответственно, к левофлоксацину – 90% и 10%, к амикацину – 58,3% и 16,7%, к налидиксовой кислоте – 66,7% и 16,7%, к цефуроксиму – 33,3% и 50%, к тобрамицину – 70%, к нитрофурантоину – 46,7% и 20%, к цефиксиму – 38,5% и 15,4%, к цефтриаксону – 40 % и 10%, к цефтазидиму – 11% и 33,3%, к амоксиклаву – 20% и 20%. Устойчив в 100% случаев к ванкомицину, тикарциллину, амоксициллину, к ампициллину – 65,2%, к амоксиклаву – 60%, к цефтазидиму – 55,5%, к цефтриаксону – 50%, к цефиксиму – 46,1%, к цефазолину – 42,9%, к тобрамицину – в 30%. Анализируя полученные данные, наиболее часто используемые антибактериальные средства для лечения МВЗ почек в зависимости от чувствительности к микроорганизмам, можно расположить в следующем порядке: цефалоспорины – цефатоксим, цефуроксим, цефиксим, цефтриаксон, цефтазидим; аминогликозиды – гентамицин, амикацин, тобрамицин; фторхинолоны – норфлоксацин, моксифлоксацин, левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин.

Выводы.

1. Наиболее частыми возбудителями ИМП, являются микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae, которые высоко чувствительны к цефатоксиму, норфлоксацину и гентамицину.

2. Мониторирование внутрибольничных возбудителей желательно проводить не реже чем через 10 лет, поскольку меняются взаимоотношения между уропатогенами и антибактериальными средствами. Так если 10 лет назад на первом месте по чувствительности стоял цефтриаксон, то теперь цефатоксим, а к цефтриаксону в 50% случаев микроорганизмы устойчивы.

Литература

1. Зоркин, С.Н. Взгляд на антибактериальную терапию у детей с урологической патологией. / С.Н. Зоркин, Л.К. Катосова, З.Н. Музыченко // Лечащий врач.– 2010.–№8.–с.6–10