

в комплексную медикаментозную терапию препаратов цинка.

**Список литературы:**

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека. – М., 1991.
2. Баранов А.А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии// Педиатрия, 2009, №3. – С. 52-54.
3. Лаврова А.Е. Биологическая роль цинка в норме и при заболеваниях// Российский педиатрический журнал, 2008, №7. – С. 42-47.
4. Щеплягина Л.А., Легонькова Т.И. Дефицит цинка и его влияние на здоровье матери и ребенка. Возможности коррекции: Материалы Всероссийского симпозиума «Человек и лекарство». – М., 2009. – С. 536-550.
5. Щеплягина Л.А. Цинк в педиатрической практике. - М., 2007. – 83с.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Хлебовец Н.И.** - к.м.н., доцент; **Конюх Е.А.** – ассистент; **Корнелюк Н.С.** – клинический ординатор

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра педиатрии №2, Гродно, Беларусь, e-mail: ped2@grsmu.by*

We examined 205 children at the age from 1 month to 15 years. It was demonstrated that the compliance with treatment regimen led to absolute recovery from primary pyelonephritis, and in cases of unsuccessful therapy it was necessary to complete urological examination of children to rule out congenital malformations of kidneys.

Key words: children, microbial and inflammatory renal disease, treatment

**Введение.** Согласно сведениям ВОЗ, по частоте микробно-воспалительные заболевания (МВЗ) мочевыделительной системы стоят на втором месте после респираторной патологии у детей, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского организма, его реактивностью, свойствами микроорганизмов, вызывающих данную патологию. МВЗ мочевой системы по данным 2-й детской клинической больницы г. Минска, составляют 71-73% среди детей с заболеваниями органов мочевой системы [3]. По отчетным данным УЗ «ГОДКБ» за последние 3 года частота микробно-воспалительных заболеваний составляет 73-77% среди нефрологической патологии у детей.

**Целью** настоящего исследования явился анализ клинических проявлений, диагностики и лечения микробно-воспалительных заболеваний почек у детей в условиях нашего региона.

**Материалы и методы исследования.** Нами наблюдались 205 детей с микробно-воспалительными заболеваниями мочевой системы в возрасте от 1 месяца до 15 лет, находившихся на лечении в соматическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы. Анализировались нозологические формы заболевания, возраст, пол, длительность заболевания, данные урологического обследования и результаты терапии.

**Результаты и обсуждение.** По нозологическим формам исследуемые больные распределились следующим образом: острый 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%).

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.

У части детей (9,3%) основным поводом для поступления в стационар явились изменения только в общем анализе крови воспалительного характера (ускоренная СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз) при нормальных анализах мочи или незначительных патологических изменениях. В дальнейшем у них диагностировался ПМР различной степени.

При рецидивировании мочевого синдрома, выраженной интоксикации, отставании в физическом развитии, наличии стигм дизэмбриогенеза, а также если у ребенка диагностировалось внутриутробно расширение чашечно-лоханочной системы, больным проводилась микционная цистография для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). У 36,6% больных, которым проводилась микционная цистография, диагностирован ПМР. Причем чаще диагностировался ПМР III-IV ст. Анализ возраста детей показал, что 21,6% вновь выявленных ПМР были дети в возрасте до 1 года, 18,9% – от 1 года до 3 лет, 37,9% – 3-6 лет, 13-15% – 6-10 лет, 8,1% детей в возрасте 10-14 лет. Обращает на себя внимание то, что у детей с аномалиями развития почек, а также если у ребенка диагностировалось внутриутробно расширение чашечно-лоханочной системы, был выявлен ПМР высокой степени III-IV ст. (47% случаев).

В случаях, когда длительно сохранялись дизурические расстройства, лейкоцитурия, боли в надлобковой области – больным проводилась

цистоскопия. По результатам цистоскопии отмечено, что катаральный цистит выявлен у 76,5%, буллезный – у 17,6%, гранулярный – у 3,9%, геморрагический – у 2,0% детей. Анализ возрастной характеристики детей показал, что циститы не встречались у детей в возрасте до 1 года, после года по всем возрастным группам циститы встречались с одинаковой частотой. Но если до 7-летнего возраста диагностировались лишь катаральные циститы, то после 7 лет, наряду с катаральными циститами, появлялись буллезные и гранулярные циститы с преобладанием буллезных.

Основу лечения МВЗ мочевыделительной системы составляет антимикробная терапия. В нефрологических стационарах при лечении ИМП используются группы антибактериальных препаратов, рекомендованных при мультицентровых микробиологических мониторингах.

Нами ранее были изучены микробный пейзаж мочи и чувствительность к антибиотикам у больных с МВЗ почек [4] в условиях нашего стационара на большом клиническом материале (195 больных). При исследовании мочи у 139 (71,3%) детей роста аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры не обнаружено, положительный результат посева мочи был у 56 (28,7%) больных. У 39 (20,0%) детей обнаружен рост микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae*, у 6 (3,1%) больных рост микробов семейства *Proteus*, у 5 (2,6%) - *St. saprophyticus*, у 4 (2,0%) – *Streptococcus D* и у 2 (1,0%) - *Candida*, что согласовалось с литературными данными [1, 2].

При анализе чувствительности выделенных микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* к антибактериальным препаратам отмечена высокая чувствительность к цефтриаксону (80%), гентамицину (54%), амикацину и полимиксину (50%), цефтазидиму (40%), цефалексину (31%), цефоперазону (30%). К ципрофлоксацину чувствительны были эти микроорганизмы у 86%, умеренно чувствительны у 14% и устойчивыми не были ни в одного случае. Микробы рода *Proteus* были чувствительны к карбенициллину (83%), ципрофлоксацину (80%), цефтриаксону и цефоперазону (70%), гентамицину (40%), амикацину и цефтазидиму (20%) [4].

Основываясь на вышеизложенном, а также согласно существующим «Стандартам обследования и лечения нефрологических больных в стационаре», в активную фазу заболевания для лечения использовались цефалоспорины третьего поколения, ингибиторзащищенные аминопенициллины, аминогликозиды в возрастной дозировке. В отдельных случаях у пациентов старшего возраста – фторхинолоны. Терапию указанными препаратами можно проводить в любой последовательности. В основном использовался метод ступенчатой терапии (внутривенное введение препарата, затем внутримышечное, а затем прием через рот). Курс лечения длился один месяц. При быстрой нормализации показателей в общем анализе крови и мочи и улучшении самочувствия детям после курса антибиотика назначали уросептик (фурамаг или фурагин) в дозе 5-

8 мг/кг/сутки до 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 (16,3%), остальные – после полного курса антибактериальной терапии через 4 недели (83,7%). После выписки из стационара пациенты получают поддерживающую терапию уросептиком (фурамаг в дозе 1-2 мг на кг массы тела 1 раз на ночь) в течение 2 месяцев.

При подозрении на наличие у больного урогенитального хламидиоза препаратами выбора являются макролиды. Наиболее часто из них применяются азитромицин, кларитромицин, рокситромицин, джозамицин в 2 и более курса по 7-10 дней с таким же интервалом между ними. Зайцева Е.С. с соавт. [3] рекомендует прием азитромицина прерывистым курсом: 1 день 10 мг на кг массы тела, затем во 2,3,7 и 14 дни по 5 мг на кг в сутки 1 раз в день.

Пациенты с хроническим ПЕН проходят курс непрерывной антибактериальной терапии в течение 3 месяцев, поддерживающей – до 6 месяцев. При подтверждении вторичного обструктивного инфекционного процесса поддерживающая терапия назначалась на весь период до нормализации уродинамики.

При диагностике ПМР проводилось бужирование устьев мочеточников на фоне антибактериальной терапии. Поддерживающая терапия уросептиком им назначалась в течение 6 месяцев с последующим рентгенологическим контролем ПМР.

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

При асимптоматической бактериурии антибактериальное лечение проводилось детям до пятилетнего возраста и при обнаружении штаммов, провоцирующих нефролитиаз (протей, клебсиелла).

При МВЗ мочевых путей в период поддерживающей терапии больные наряду с уросептиками получали канефрон в возрастной дозировке.

**Заключение.** МВЗ чаще встречаются у девочек и проявляются интоксикационным, болевым, дизурическим и мочевым синдромами. Циститы не встречались у детей в возрасте до 1 года. После 7 лет наряду с катаральными циститами появлялись буллезные и гранулярные циститы с преобладанием буллезных. При рецидивировании мочевого синдрома, выраженной интоксикации, отставании в физическом развитии, наличии стигм дизэмбриогенеза, а также, если у ребенка диагностировалась внутриутробно расширение чашечно-лоханочной системы, больным необходимо проводить микционную цистографию для исключения ПМР.

У 36,6% больных, которым проводилась микционная цистография, диагностирован ПМР. Каждый пятый ребенок с ПМР выявлялся в возрасте до одного года. Соблюдение схемы терапии при первичном ПЕН приводит к выздоровлению пациентов. Вторичные ПЕН должны быть вовремя диагностированы и наблюдаться совместно с урологами.

#### **Список литературы:**

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
2. Коровина, Н.А. Современные подходы к лечению пиелонефрита у детей. /Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Э.Б. Мумладзе// Лечащий врач.- 2002.-№11.-с.60-64
3. Сочетанные микробно-воспалительные заболевания мочевой и половой систем у детей: учеб.-метод. пособие/ Е.С. Зайцева [и др.].- Минск: БГМУ, 2009.- 61с.
4. Хлебовец, Н.И. Микробно-воспалительные заболевания мочевых путей у детей, выбор стартовой терапии/Актуальные проблемы медицины: Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины».- Гомель, 2005, вып.6, т.4 с.76-78

## **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ**

**Хоха Р.Н. – к.м.н., доцент; Мацюк Т.В. – к.м.н., ассистент;  
Хомчик Т.Г.\* – врач 6-го отделения**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра педиатрии №2, Гродно, Беларусь, e-mail: ped2@grsmi.by*

*\*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», г. Гродно, Беларусь*

The incidence, structure, dynamics of atopic dermatitis in children has been studied. The features of chronic diseases in childhood are presented.

Keywords: children, atopic dermatitis. allergic reaction.

**Введение.** Среди хронических аллергических заболеваний кожи у детей атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных. На протяжении ряда лет отмечается постоянная тенденция к росту его распространенности. Распространенность АД среди детского населения, по данным эпидемиологических исследований, варьирует в широких пределах и составляет от 3% до 28% [1]. Важность проблемы АД обусловлена его хроническим рецидивирующим течением, зачастую торпидным к традиционной терапии, формированием тяжелых осложненных форм, требующих определенных материальных затрат. Кроме