Эффективность 3-недельного курса антибактериальной терапии при пиелонефрите у детей

О.В. Савельева
г. Москва

Вопросы длительного использования антибактериальной (АБ) терапии при пиелонефрите (ПН) у детей является предметом постоянной дискуссии. Целью исследования явилась оценка эффективности 3-недельного курса комплексной терапии ПН у детей, включающей применение антибиотиков в течение 10 дней и последующее использование фурагина в течение 11 дней. Эффективность оценивалась по динамике клинико-лабораторных показателей и функциональному состоянию почек по данным радиоизотопного исследования.

Обследовано 24 ребенка (4–14 лет) с диагнозом: острый ПН (20 детей) и обострение хронического ПН (4 ребенка). Симптомы интоксикации и боли в поясничной области отмечались у 18 детей, периодические подъемы температуры тела до фебрильных цифр у 15 детей, боли в животе и дизурия у 6 детей. В этот период определялся лейкоцитоз 12–23 × 10^9/л и ускорение СОЭ до 45 мм/ч. В общем анализе мочи выявлялись лейкоцитурия (25–30 в п./зр. – все п./зр.), эритроцитурия (3–10–15 в п./зр.), протеинурия (до 0,099 S.). При бактериологическом исследовании мочи у 10 больных выявлена диагностически значимая бактериурия *E. coli*, у 5 больных – микробные ассоциации (*Kl. pneumoniae, Str. faecium, Str. bowis, Enterococcus faecium, E. coli*), у 9 больных роста бактерий не выявлено.

Антибиотик подбирался с учетом тяжести ПН, микробной флоры мочи и назначался в течение 10 дней в возрастной дозе. Сравнительные рандомизированные исследования проведены у 3 групп больных со сходным течением ПН: 1-я группа – 10 детей получали карбенициллин в/м в дозе 100 мг/кг/сут, 2-я группа – 7 детей – карбенициллин в/м в сочетании с гентамицином 5 дней в/м в дозе 4 мг/кг/сут, 3-я группа – 7 детей – амоксиклав внутрь в дозе 30–40 мг/кг/сут. Затем дети всех групп получали фурагин в течение 11 дней в возрастной дозе. На фоне АБ-терапии у всех детей на 2–3-й день отмечался отчетливый положительный эффект: нормализация температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации, купирование абдоминального синдрома и дизурии. Для выявления характера нарушений функций почек всем детям на 5–6-й день АБ-терапии была проведена динамическая нефросцинтиграфия, которая позволила выявить легкие и умеренные нарушения накопительно-выделительной функции почек, тогда как при статической нефросцинтиграфии функциональных изменений в период стихания ПН не обнаружено. На 10-й день лечения нормализовались показатели анализов мочи у 20 детей из 24. Через 21 день наступила клинико-лабораторная ремиссия у всех больных без ухудшения функционального состояния почек, что может свидетельствовать о возможности проведения 3-недельного курса комплексной терапии при остром ПН у детей при отсутствии выраженных нарушений уродинамики.

Особенности течения пиелонефрита единственной почки у детей

Н.Д. Савенкова, И.В. Находкина, Т.В. Карпова, А.А. Соловьев, О.В. Левичева
г. Санкт-Петербург

Под наблюдением находились 80 пациентов (43 мальчика и 37 девочек в возрасте от 1 до 16 лет) с единственной почкой вследствие различных причин: вследствие аплазии, агенезии – 31 (38,75%); вследствие контралатеральной нефрэктомии – 49 (61,25%): по поводу уретерогидронефроза или гидронефроза – 24, мультикистоза –12, ПМЛР и рефлюкс-нефропатии –13.

Из 31 пациента с единственной врожденной почкой у 10 (32%) диагностирован хронический пиелонефрит, из них у 5 пациентов с уретерогидронефрозом (2), гидронефрозом (1), подвздошной и тазовой дистопией (2). Пиелонефрит имел рецидивирующее или часто рецидивирующее течение с сохранной функцией почек.

Из 24 пациентов с единственной почкой вследствие нефрэктомии по поводу гидронефроза у 14 пиелонефрит протекал тяжело с частыми рецидивами (на фоне гидронефроза I–II степени – 4, НДМП – 4, дистопии почки – 3 и при рефлюксирующем мегауретере – 1), с прогрессированием в ХПН (1).

Из 12 пациентов с единственной почкой вследствие нефрэктомии по поводу мультикистоза пиелонефрит диагностирован у 6 (50%) в раннем возрасте до нефрэктомии, принял рецидивирующее течение с ремиссиями различной продолжительности.

Из 13 пациентов с единственной почкой вследствие нефрэктомии контралатеральной по поводу ПМЛР IV–V степени и рефлюкс-нефропатии у 10 (77%) отмечена манифестация микробно-воспалительного процесса в раннем возрасте с последующим часто рецидивирующим течением, несмотря на активную антибактериальную терапию. В этой группе из 13 пациентов с единственной почкой у 4 сохранялись ПМЛР I–III степени и у 6 НДМП, у 2 до нефрэктомии проведена операция Грегуара, у 2 констатирована рефлюкс-нефропатия. У 8 (61%) рецидивирующее течение пиелонефрита высокой активности с лихорадкой и симптомами интоксикации сопровождалось НДМП (75%) и циститом (87%) со значительной или умеренно выраженной лейкоцит-

урией и бактериурией. Результаты исследования И.В. Аничковой (1997) показывают у детей с пиелонефритом и ПМЛР (двусторонним и односторонним) НДМП в 85,44%.

Рефлюкс-нефропатия с пиелонефритом единственной почки у 2 детей протекала тяжело с протеинурией, достигающей уровня НС, артериальной гипертензией, стойким нарушением тубулоинтерстициальных функций, снижением клубочковой фильтрации и прогрессированием в ХПН.

Таким образом, пиелонефрит у детей с врожденной единственной почкой встречается реже, имеет более благоприятное течение и прогноз, чем у детей с единственной почкой вследствие контралатеральной нефрэктомии по поводу гидронефроза, ПМЛР и рефлюкс-нефропатии.

Влияние лидаприма в комплексе лечения хронического вторичного пиелонефрита на факторы местной антимикробной защиты мочевой системы у детей

А.Н. Узунова, Е.В. Курилова
г. Челябинск

Физиологические механизмы местного иммунитета мочевой системы являются частью общей иммунной системы ребенка, направленной на защиту мочевой системы и микроорганизмов, влияния различных метаболитов и т. д.

В результате клинического наблюдения за 50 детьми в возрасте от 2 до 14 лет нами было выявлено, что у больных хроническим вторичным пиелонефритом (ХВП) имеют место нарушения местных механизмов антимикробной защиты мочевой системы, характеризующиеся изменением концентрации секреторного иммуноглобулина (SigA) мочи в зависимости от характера течения заболевания и повышением уровня лизоцима по сравнению со здоровыми детьми.

Целью исследования явилось определение влияния лидаприма в комплексе лечения ХВП на некоторые факторы местной антимикробной защиты мочевой системы у детей.

Данный препарат был назначен в возрастной дозе 25 детям с ХВП в период обострения заболевания. Длительность применения составила 10 дней. До и после назначения препарата определялся уровень SigA методом радиальной иммунодиффузии в геле по G. Mancini и др. (1965) в модификации Ю.И. Ляшенко (1984) и лизоцима мочи нефелометрическим методом (Дорофейчук В.Г., 1968). После лечения у 87% детей исчезла лейкоцитурия. Уровень SigA в данной группе наблюдения достоверно повышался до 1,89 ± 0,112 мг/дл по сравнению с группой детей, получавших другие антибактериальные препараты. Отмечено нарастание уровня лизоцима мочи до 1,02 ± 0,057 мкг/мл. Нарастание SigA может свидетельствовать об активации факторов местной антимикробной защиты мочевой системы. Уровень лизоцима не является критерием активности воспаления при ХВП, однако повышение его уровня параллельно с нарастанием SigA может свидетельствовать о стимуляции функции фагоцитирующих систем мочевой системы, направленной на ликвидацию воспалительного процесса при ХВП.

Таким образом, применение лидаприма в комплексе лечения оказывает положительное влияние во время обострения хронического вторичного пиелонефрита у детей, что доказывается стимуляцией факторов местной антимикробной защиты мочевой системы.