

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПИЕЛОНЕФРИТАМИ

Кокшарова В.В., Мусихина И.С.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Григорьева О.П.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: дисфункции желудочно-кишечного тракта (запоры, диареи, дисбактериоз кишечника) способствуют инфицированию мочевых путей, обуславливая актуальность исследования [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить состояние микрофлоры кишечника у детей с пиелонефритами.

Материалы и методы: в исследование включено 48 детей в возрасте от 7 мес. до 15 лет из них 10 (20,8%) мальчиков и 38 (79,2%) девочек с острым (6) и хроническим (42) пиелонефритом. У всех пациентов проведен бактериологический посев кала на флору, регистрировались клинические проявления дисбиоза кишечника.

Результаты: дебют и обострения пиелонефрита характеризовались симптомами интоксикации у 39 (81,25%) детей, болевым абдоминальным синдромом у 42 (87,5%), дизурическими явлениями у 24 (50%). Из 42 детей с хроническим пиелонефритом у 15 (35,7%) выявлен ПМР, у 12 (28,6%) — НДМП, гидронефроз — 7 (16,6%), удвоение почек — 3 (7,14%), мочекаменная болезнь — 2 (4,76%), дистопия почек — 1 (2,4%). Бактериурия отмечена у 42 пациентов (87,5%), этиологическая структура пиелонефрита: *E.coli* — 24 (57,2%), *Enterococcus faecalis* — 9 (21,4%), *Ps.aeruginosae* — 3 (7,1%), *Kl.pneumoniae* — 3 (7,1%), *St.faecalis* — 2 (4,8%), *S.aureus* — 1 (2,4%). Клинические проявления дисбиоза кишечника выявлены у всех детей. У 13 (27%) детей — лямблиоз кишечника. У 48 детей — нарушение состояния микрофлоры кишечника: снижение бифидо- и лактобактерий у 42 (87,5%), атипичные формы кишечной палочки у 31 (64,6%), рост УПФ (*Enterococcus spp.* — 52%, *Candida albicans* — 37,5%, пат.стафилококки — 12,5%, *Ps. aeruginosae* — 10,4%, *Proteus spp.* — 4,2%).

Выводы: исследование выявило клинические и лабораторные проявления дисбиоза кишечника у всех 48 детей с острым и хроническим пиелонефритом, что обуславливает необходимость включения пре- и пробиотических препаратов в схемы терапии у детей с микробно — воспалительными заболеваниями почек.

Литература

1. Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 231 от 09.06.2003 об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника».
2. Вялкова А.А., Гриценко В.А., Гордиенко Л.М. Инфекция мочевой системы у детей — новые решения старой проблемы. Нефрология. — 2010;14(4):63–76.
3. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. Руководство для врачей. — СПб: «Левша. Санкт-Петербург», 2008. 600 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ IGA-ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Попова А.В., Морозова А.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Жукова Л.Ю.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: обусловлена необходимостью систематизации данных об особенностях вовлечения почек в патологический процесс при IgA-васкулите у детей для возможного про-

гнозирования возникновения почечного синдрома и оптимизации тактики ведения пациентов [2], [3].

Цель исследования: анализ частоты встречаемости и клинико-лабораторных особенностей почечного синдрома при IgA-васкулите у детей Санкт-Петербурга.

Материалы и методы: проанализировано 50 случаев IgA-васкулита у детей, лечившихся в отделении общей гематологии ГБУЗ ДГБ 1 Санкт-Петербурга в период 2017–18 гг., из них 13 детей с рецидивирующим течением заболевания. Характер поражения почек оценивали на основании данных рутинного лабораторного обследования.

Результаты: почечный синдром (ПС) выявлен у 5 (10%) больных IgA-васкулитом детей (2 мальчиков и 3 девочек). Триггером как первого эпизода, так и рецидива васкулита явилась острая респираторная инфекция с лихорадкой. У всех детей зафиксированы повышение уровня ЦИК и высокая параклиническая активность, у 3 из зева выделен БГС. У 2 больных с впервые выявленным васкулитом развитие ПС отмечено на 2–4 неделе стартовых проявлений заболевания на фоне кожно-суставного (1) или кожно-суставно-абдоминального (1) синдромов. ПС проявлялся изолированным мочевым синдромом в виде гематурии в сочетании с протеинурией менее 1 г/сут. Еще у 3 детей ПС обнаружен в первые 7 дней течения рецидива кожного синдрома заболевания, развившегося через 10–12 месяцев от дебюта. Отмечались выраженная гематурия, протеинурия более 1 г/сут. Артериальная гипертензия отсутствовала у всех пациентов. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) соответствовала норме у 4 детей, была снижена у 1 ребенка.

Выводы: ПС у больных выборки развивался как при первом эпизоде заболевания (5%), так и на фоне рецидивов (23%). Полагают, что повреждение почек обусловлено нефритогенными иммунными комплексами, образование которых связано с гиперпродукцией и дефектами гликозилирования IgA1 у больных IgA-васкулитом [1]. Снижение гликозилирования IgA1 является особенностью иммунного реагирования пациента в ответ на повышенную антигенную стимуляцию. Можно предположить, что вероятность вовлечения почек в той или иной степени определяется характеристиками триггера, запускающего дефектное гликозилирование IgA1, а обнаружение снижения гликозилирования IgA1 свидетельствует о высоком риске развития ПС у конкретного больного.

Литература

1. Heineke MH, Ballering AV, Jamin A. et al. New insights in the pathogenesis of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönlein purpura). Autoimmunity Reviews, 2017; 16: 1246–53.
2. Lau KK, Suzuki H, Novak J, Wyatt RJ. Pathogenesis of Henoch-Schönlein purpura nephritis. Pediatr Nephrol 2010;25:19–26.
3. Novak J, Moldoveanu Z, Renfrow MB, Yanagihara T, Suzuki H, Raska M, et al. IgA nephropathy and Henoch-Schoenlein purpura nephritis: aberrant glycosylation of IgA1, formation of IgA1-containing immune complexes, and activation of mesangial cells. Contrib Nephrol 2007;157:134–8.

ЭТИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ У ДЕТЕЙ

Клименков А.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Козловский А.А.

Кафедра педиатрии

Гомельский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: в основе диагностики инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у детей лежат положительные результаты микробиологических исследований. Выбор антимикробного препарата для эмпирического лечения и профилактики ИМП определяется восприимчивостью штаммов бактерий, выделенных из культур мочи.