

Цель исследования: анализ этиологии ИМП у детей и лекарственной чувствительности возбудителей у госпитализированных детей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный статистический анализ по историям болезней 115 пациентов с ИМП, находившихся на лечении в детском нефрологическом отделении Гомельской областной клинической больницы с октября 2017 года по июль 2018 года.

Результаты: положительные результаты бактериологического посева мочи были обнаружены у 24 детей (20,8%) в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст — $9,33 \pm 5,8$ лет). *E. coli* была наиболее частым изолированным патогеном (50%). Данный микроорганизм проявлял наибольшую чувствительность у к цефалоспорином (ЦС) III и IV поколения, фторхинолонам (ФХ) III поколения, амикацину. В этиологическую структуру так же вошли *Pseudomonas aeruginosa*, грибы рода *Candida*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* — по два случая (8,3%) и *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus epidermidis* — по одному случаю (4,2%). Данные возбудители наиболее чувствительными оказались к ЦС III и IV поколения, аминогликозидам, карбопенемам, нитрофуранам. Продолжительность пребывания и лечения детей в стационаре варьировала от 3 до 18 дней (в среднем $13,5 \pm 7,2$ дней).

Выводы: наиболее распространенным возбудителем ИМП у детей является грамотрицательная флора (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*). Для эмпирического лечения ИМП рекомендовано использовать ЦС III поколения и аминогликозиды. При возможности лечение должно основываться на тестах лекарственной чувствительности. В связи с относительно длительным пребыванием детей с ИМП в стационаре лечение должно быть комплексным и включать профилактику госпитальных осложнений.

Литература

1. Козловский А.А. Инфекция мочевой системы у детей: современный взгляд на проблему / А.А. Козловский // Медицинские новости. 2014. № 4. С. 6–11.

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавкова А.М., Козел М.П.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Гурина Л.Н.

2-я кафедра детских болезней

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность исследования: высокая частота заболеваний мочевой системы (МС) в общей структуре заболеваемости новорожденных, персистирующее течение инфекций мочевыводительной системы на фоне врожденных пороков развития (ВПР), трудности в лечении, позволяют считать эту патологию одной из сложных и актуальных в перинатологии.

Цель исследования: изучить структуру заболеваний мочевой системы у новорожденных. Провести анализ результатов микробиологического исследования посевов мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

Материалы и методы: были изучены и проанализированы истории детей находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2009 по 2018 гг.

Результаты: в «ГОДКБ» было пролечено 6855 новорожденных, патологию мочевой системы имели 144 младенца (2,1%). Из них 94 мальчика, 49 девочек ($p < 0,05$). Большой удельный вес в структуре патологии мочевой системы занимают врожденные пороки развития чашечно-лоханочной системы и мочеточников (63,8%). Гидронефроз диагностирован у 27,0% обследуемых, уретерогидронефроз — 20,3%, пиелозектазия — 16,5%. Инфекционные заболевания представлены инфекцией мочевыводящих путей у 24,0% новорожденных и пиелонефритами — 26,3% детей. Пиелонефриты были у детей с ВПР (100%).

Посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам проведен 76 новорожденным (53,0%). У 10 (13,0%) детей в моче выделены бактерии. При этом наиболее часто определялся рост энтерококка фекалис (46,0%), также часто высевались клебсиелла пневмония

и метициллинрезистентный стафилококк (18,0%), у 9% детей — сапрофиты и стафилококк лентис.

Выводы: в структуре заболеваний мочевой системы у новорожденных первое место занимают ВПР — 63,8%, на фоне которых развились вторичные пиелонефриты у каждого второго ребенка. Инфекция мочевыводящих путей стоит на втором месте и составляет 24,0% от всех заболеваний МС. Возбудителями пиелонефрита у новорожденных являются: энтерококк фекалис, клебсиелла пневмония и метициллинрезистентный стафилококк. Что требует дифференцированного подхода к назначению АБ терапии.

Литература

1. Папаян, А.В. Клиническая нефрология детского возраста: рук-во для врачей / А.В. Папаян, Н.Д. Савенкова. СПб.: Левша, 2008. 600 с.

ПЕРВИЧНАЯ ГИПЕРОКСАЛУРИЯ

Карпетян Э.Х., Смирнова А.С., Некрасова В.М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Левиашвили Ж.Г.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: первичная гипероксалурия (ОМIM 259900)—аутосомно-рецессивная ферментопатия, характеризующаяся нарушением обмена глиоксиловой кислоты, вследствие чего происходит отложение оксалатовых камней в почках, экскреция оксалатов кальция с мочой.

Цель исследования: описать клиническое наблюдение пациента с диагнозом: Первичная гипероксалурия I–II типа, функция почек сохранна. Оксалатно-кальциевый уролитиаз, нефрокальциноз. Вторичный пиелонефрит ремиссия.

Материалы и методы: на базе ПОI СПбГПМУ проводилось клинико–лабораторное и инструментальное исследование.

Результаты: при обследовании выявлен ПМР II–III ст., проведена эндоскопическая коррекция в возрасте 2-х лет. С 6 месяцев до 3-х лет проведено 12 операций по удалению камней. По результатам химического анализа: камни оксалатные, кальциевые. В возрасте 3г 8мес поступила в ПОI СПбГПМУ. При клинико-лабораторном обследовании пациентки — повышенная экскреция в суточной моче оксалатов (+++, 70 мг/сут); по данным денситометрии: остеопороз лучевых костей и остеопения большеберцовых костей; экскреторной урографии — форма и контуры почек не изменены, ЧЛС с обеих сторон ротирована, слева ветвистый тип строения ЧЛС, мочевой сегмент констатирован; при УЗИ почек: признаки калико-пиелозктазии слева; КТ почек: единичный конкремент в проекции лоханки правой почки. Для уточнения типа первичной гипероксалурии показано молекулярно-генетическое тестирование. Назначен питьевой режим, препараты витамина B2 и B6(5/мг/кг, затем 10 мг/кг; кальция цитрат, витамин D33000, соблюдение оксалатной диеты.

Выводы: особенностью данного клинического наблюдения является ранняя манифестация заболевания, длительность около 3-х лет, МКБ, ПМР II–III ст. в анамнезе (эндоскопическая коррекция с положительным эффектом), с сохранной функцией почек. Прогноз по заболеванию зависит от темпов прогрессирования терминальных стадии ХБП, нарастания системного оксалоза, проведение этиопатогенетической терапии высокими дозами пиридоксина.