

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 (ОММ 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 ПОИ 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 ПОИ 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.