

© Коллектив авторов, 2004

Г.Н. Сатторов, Х.К. Рафиев, А.А. Азизов, К.Н. Дабуров, Н.А. Ходжибекова

ЧАСТОТА И ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра пропедевтики детских болезней Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино (зав. проф. А.А. Азизов), г. Душанбе, Республика Таджикистан

Известно, что инфекция мочеполовых органов у матери имеет особое значение как источник возбудителей генерализованных внутриутробных инфекций. Пиелонефрит (ПН) беременных является одним из важных факторов риска развития нефропатий в детской популяции. Патологическое течение беременности и родов, связанные с интеркуррентными заболеваниями или наличием у матери заболеваний почек на ранних сроках беременности, отрицательно влияет на состояние здоровья будущего потомства. Так, у детей, матери которых перенесли в прошлом искусственное прерывание беременности, увеличены показатели перинатальной (на 25—30%) и младенческой (на 8—10%) смертности. Решение вопросов профилактики и лечения нефропатий у детей является актуальной проблемой нефрологии.

Изучали частоту ПН у беременных и его влияние на потомство. Исследование проводили скринирующим методом на базе септико-обсервационного родильного дома г. Душанбе и отделения патологии новорожденных и недоношенных детей РКБ им. А.М. Дьякова.

Диагноз ПН беременных был верифицирован на основании общепринятых классических критериев мочевого, поллакиурического, интоксикационного, гипертензионного и анемического синдромов — с проведением клинико-лабораторных, функционально-инструментальных и микробиологических методов исследования. При оценке активности воспалительного процесса важное значение придавали степени бактериурии ($\geq 10^4$ — 10^6), для чего делали посев мочи на твердые питательные среды с количественной оценкой бактериурии. Определяли вид возбудителя и его чувствительность к антибактериальным препаратам. Оценивали перинатальные факторы риска, исход беременности и родов, состояние новорожденного. Для оценки состояния органов мочевой системы у новорожденных проводили клиническое обследование, бактериологическое исследование мочи, крови на стерильность, определяли концентрацию мочевины крови, креатинина, белка и белковых фракций, а также проводили УЗИ почек и других органов мочевого выделения. В контрольную группу входили беременные, не имеющие острых или хронических инфекций, в т. ч. патологии органов мочевой системы (1883 беременных).

За 2 года скринирующее обследование прошли 5098 беременных женщин, в т. ч. в возрасте до 20 лет — 17%, 20—29 лет — 42%, 30—39 лет — 30%, 40 лет и стар-

ше — 12%. По паритету: I—III беременность — 63%, IV—VII беременность — 32%, VIII и более беременность — 4%. В анамнезе у 18% женщин отмечались преждевременные роды, у 6% — мертворождение, у 3% — смерть ребенка в неонатальном периоде, у 4% — аномалии развития. У 19% беременных дети родились массой тела менее 2500 г и у 18% — более 4000 г, у 7% были длительные сроки (2—5 лет) бесплодия, опухоли и пороки развития матки. 60% женщин указывали на перенесенные экстрагенитальные заболевания (пороки сердца, гипертоническая болезнь, эндокринопатии, анемии, острые и хронические инфекции и др.). У 42% женщин до беременности была выявлена бессимптомная бактериурия.

Диагноз ПН был установлен у 1457 (29%) беременных. Таким образом, частота ПН среди беременных женщин составляла 1:3. Клинически значимая бактериурия была выявлена у 92% беременных с ПН. Основными возбудителями являлись стафилококки (38%), *E.coli* (36%), протей (16%), клебсиелла (5%), энтерококки (3%) и др.

Антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроба и ее безопасности для плода получили 71% беременных с ПН. Применяли 7-дневные курсы амоксициллина, ампициллина или цефалоспорины 1-го поколения. 29% беременных с ПН отказались от медикаментозной терапии, мотивируя ее опасность для плода. Эти женщины получили неспецифическую терапию — диету, увеличение приема жидкости, закаливание мочи, потребление клюквенного сока и анальгетиков. Наши наблюдения и оценка эффективности проведенной терапии показали следующее. Осложненное течение беременности и родов наблюдалось у 41% беременных с ПН преимущественно в группе женщин, не получавших антибактериальную терапию. В контрольной группе осложнения отмечались только у 12%. Роды закончились преждевременно на 28—37 нед беременности у 13% беременных с ПН, причем с тугим обвитием пуповины — у 32%, с применением акушерских пособий и оперативных вмешательств — у 14%, в контрольной группе — соответственно у 3%, 11% и 2,5% беременных. У 24% беременных с ПН роды завершились мертворождением, в контрольной группе — всего у 5%. У 37% беременных с ПН дети родились с различной патологией, в т. ч. с врожденными пороками ЦНС, органов кровообращения, мягких тканей, задержкой внутриутробного развития, внутриутробным инфицированием, родовой травмой и др. (в контрольной

группе у 12 новорожденных). Смерть в раннем неонатальном периоде была зарегистрирована у 49 (3%) новорожденных, родившихся от матерей с ПН (в контрольной группе у 13 новорожденных — 1%).

У 260 новорожденных с внутриутробным инфицированием, родившихся от матерей с ПН и переведенных на 2-й этап лечения в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей РКБ им. А.М. Дьякова, провели бактериологическое исследование мочи количественным методом. Установили, что наиболее частыми возбудителями развития ПН у новорожденных являются стафилококки (42%), кишечная палочка (36%), протей (12%), клебсиелла (2,5%), синегнойная палочка (2%). У 36% новорожденных был диагностирован ПН. Как правило, ПН имел вторичный характер и развивался на фоне обструкции мочевыводящих путей, особенно у детей с тяжелыми поражениями ЦНС, нефроптозом и врожденными аномалиями мочевых путей.

В клинической картине ПН у новорожденных преобладали неспецифические симптомы: срыгивания, рвота, отказ от груди, отсутствие прибавки массы тела, повышение температуры тела, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание, приступы цианоза, метеоризм, лабильность пульса, олигурия и др.

В анализах мочи выявлены лейкоцитурия (15—20 в п/зр. и более), бактериурия, протеинурия (0,33—0,99 г/л), в крови — умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускоренная СОЭ. Лечение новорожденных с ПН проводили с учетом чувствительности микроба к антибиотикам. Как правило, назначали один из следующих антибиотиков: бензилпенициллин, ампициллин, ампиокс (50—100 мг/кг/сут), невидграмон (50 мг/кг/сут), клафо-

ран (100 мг/кг/сут) — до ликвидации бактериурии и признаков заболевания. Проводили инфузионную терапию для коррекции водно-электролитных нарушений, витаминотерапию, иммунотерапию, симптоматическую терапию. После лечения 66% детей были выписаны с выздоровлением, 32% — с улучшением, у 2% детей наблюдалось ухудшение состояния с исходом в септический процесс. Результаты лечения показали, что при длительной антибактериальной терапии появлялись ассоциации микробов, особенно стафилококка с кишечной палочкой, протеем и клебсиеллой, с низкой чувствительностью к современным антибиотикам. Как известно, поверхностные протенины стафилококка подавляют фагоцитоз бактерий, способствуя образованию в моче больных с внутриутробным инфицированием и ПН микробных ассоциаций. Длительное воздействие ассоциаций патогенных микробов вызывает деструктивные изменения в почечной ткани, нарушение микроциркуляции с нередким исходом в септический процесс.

Таким образом, наши исследования подтверждают, что беременность часто протекает на фоне различных нефропатий, в том числе и ПН. Причем, важным фактором риска формирования ПН беременных являлась бессимптомная бактериурия, которая сохраняется у $\frac{1}{3}$ женщин и во время беременности. Разработка и проведение скринирующего обследования женщин детородного возраста и профилактическая антибактериальная терапия беременных, имевших бессимптомную бактериурию, а также своевременная диагностика и лечение инфекций органов мочевой системы у новорожденных снижают вероятность возникновения ПН и риска возникновения тяжелых последствий у ребенка.

© Лебедева Т.М., 2005

Т.М. Лебедева

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

г. Новомосковск, РФ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости населения России. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносят в течение года от 3 до 5 эпизодов ОРИ. Детей, подверженных частым ОРИ, принято называть часто болеющими детьми (ЧБД).

ЧБД — это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми ОРИ, возникающими из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений в них. У каждого ребенка с частыми ОРИ необходимо уточнить причины повышенной заболеваемости и выявить конкретные провоцирующие факторы.

Группа риска по ЧБД формируется с момента рождения ребенка и, по нашим данным, она составляет 94,3%, а реализуется в 35,8% случаях.

При включении ребенка в группу ЧБД необходимо учитывать частоту ОРИ в течение года; тяжесть каждой ОРИ; наличие осложнений; необходимость применения антибактериальных препаратов при лечении ОРИ; продолжительность интервалов между эпизодами ОРИ.

Возникновению частых ОРИ способствуют высокая частота контактов с источниками инфекции, а также эндогенные и экзогенные факторы, повышающие восприимчивость к ОРИ. Одним из экзогенных факторов является начало посещения детьми дошкольных учреждений в раннем возрасте, в котором наблюдается повышенная восприимчивость детей к ОРИ.

Мы провели наблюдение за 36 ЧБД в условиях педиатрического участка городской поликлиники, из них школьников — 12 (33,5%), в возрасте 1—3 лет — 21 (58,5%), до 1 года — 3 ребенка (8%), то есть наибольшее количество ЧБД составляют дети с 1 года до 3 лет.

Эти дети были взяты на диспансерный учет и им бы-

ла проведены комплексная реабилитация на всех этапах оздоровления (семья, организованный коллектив, поликлиника), направленная на предупреждение заболевания, укрепление здоровья, а также адекватная терапия ОРИ.

В комплекс оздоровительных мероприятий были включены следующие средства:

1) иммуномодуляторы — рибомунил, ИРС 19, ликопид, циклоферон, виферон в возрастных дозировках, по схеме;

2) витамины группы А, D, С, В и микроэлементы (цинк, селен, железо, марганец, магний), так как они обладают иммуномодулирующей активностью — дети получали витаминно-минеральный комплекс «Мульти-табс Юниор» и «Мульти-табс Малыш»;

3) пробиотик Бифиформ, учитывая высокий риск формирования у ЧБД дисбиоза кишечника и усугубления иммунных нарушений;

4) дети длительно и регулярно (не менее 3 недель) получали молочные продукты, содержащие бифидо- и лактобактерии.

Оздоровление детей проводили не только в семье, но и в дошкольных учреждениях по схеме, которая включала предсезонную профилактику ОРИ (аскорбиновая кислота, ревит, глутамевит, рыбий жир, дибазол, элеутерококк, глицин, отвары трав, массаж, дыхательная гимнастика, закалывающие процедуры).

В условиях отделения восстановительного лечения поликлиники весной и осенью ЧБД получали физиотерапевтические процедуры, аэрозоли с витаминами, горный воздух, спелеотерапию, ингаляции с травами, массаж.

Детям с хроническими очагами инфекций была проведена их санация. В период повышенной заболеваемости ОРИ этим детям назначали в течение 5 дней закапывание в нос интерферона или закладывание в нос оксолиновой мази.

В связи с тем, что у ЧБД часто наблюдались функциональные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, исключали занятия и игры, приводящие к переутомлению и перевозбуждению ребенка, увеличивали продолжительность сна на 1—1,5 ч. Обязательным является дневной сон или отдых. При нарушении сна, астеноневротических расстройствах рекомендовали спокойные прогулки на свежем воздухе перед сном, а также прием седативных трав (пустырник, валериана, персен др.).

В питании ЧБД рекомендовали оптимальное количество белков, жиров, углеводов и минеральных солей, дети ежедневно получали свежие овощи, фрукты, ягоды.

Результатом проведения комплексной реабилитации ЧБД являлись снижение количества эпизодов ОРИ в 2,2 раза и увеличение продолжительности интервалов между эпизодами ОРИ в 2,3 раза.

Зав. редакцией *В. Г. Соколова*
Технический редактор *Н. Б. Пирожкова*

ЛР № 070205 от 22.10.91

Сдано в набор 24.02.2006. Подписано в печать 05.05.2006 г.

Бум. офсетная. Печать офсетная. Формат 60×84 1/8.

Усл. печ. лист. 14,42. Уч.-изд. л. 25,89. Тираж 4500 экз.

Заказ № 2022.

Журнал «Педиатрия»

Для корреспонденции используйте адрес:

115054, Россия, Москва-54, а/я 32

Тел./факс редакции: (495) 959-88-22

E-mail: legacy_millennium@hotmail.com.

Индексы:

для индивидуальных подписчиков
71458, 71695 (год)

для предприятий и организаций
71459, 71696 (год)

Компьютерный набор и верстка ООО «Информпресс-94»

Отпечатано в типографии «Информпресс-94»
107066, г. Москва, ул. Старая Басманная, 21/4
Тел./факс: 267-68-33