

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровина Н.А., Пыков М.И., Коростелева Е.А. и др. // Педиатрия. — 2002. — № 2. — С. 33—37.
2. Пыков М.И., Скоков Ю.М., Коровина Н.А. // Ультразвуковая диагностика. — 1999. — № 2. — С. 63—69.
3. Мартынова М.И., Марченко Л.Ф., Картелищев А.В. и др. // Педиатрия. — 2003. — № 5. — С. 90—96.
4. Ольхова Е.Б., Зарубина С.А., Быковский В.А. // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 1999. — № 3. — С. 212—218.
5. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. — М., 2002. — 319 с.
6. Пыков М.И., Труфанова А.В., Сивоус Г.И. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2003. — № 4. — С. 60—66.
7. Пермитина М.В., Белоусов Ю.В., Воробьева В.А. и др. // Эхография. — 2003. — № 2. — С. 159—164.
8. Перевезенцева Ю.Б., Смирнова Н.Н., Румянцева И.В. и др. // Нефрология. — 2003. — Т. 7, № 1. — С. 51—57.

© Сафина А.И., Мальцев С.В., 2004

А.И. Сафина, С.В. Мальцев

СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Казанская государственная медицинская академия, Республика Татарстан, РФ

Проведено изучение этиологической структуры возбудителей пиелонефрита у 175 детей г. Казань в возрасте от 1 мес до 18 лет в зависимости от формы заболевания (обструктивный, дисметаболический, обструктивно-дисметаболический), течения (острое, хроническое — латентное, рецидивирующее), активности воспалительного процесса (период разгара, стихания, ремиссии) и возраста пациентов. Знание современной структуры возбудителей пиелонефрита в каждой из обследованных групп позволяет своевременно и дифференцированно подходить к назначению адекватной эмпирической антибактериальной терапии еще до получения результатов посева мочи.

Authors studied etiologic structure of pyelonephritis in 175 children of Kazan in the age of 1 month — 18 years old and its dependence on pyelonephritis variant (obstructive or non-obstructive), course (acute, chronic, latent, recurrent), on the activity of inflammatory process (acute period, recovering, remission) and on the age of patient. Information about etiologic structure of pyelonephritis in each of these groups permits to administrate adequate empiric antibiotic therapy even before the results of urinary culture.

За последнее десятилетие отмечаются изменения структуры возбудителей пиелонефрита (ПН) у детей и развитие устойчивости микробной флоры к ранее широко применяемым химиопрепаратам [1—3]. Выявить возбудитель заболевания при посеве мочи удается у 42—75,7% больных ПН [1, 4, 5]. По данным многих исследователей [4, 6—11], преобладающее место в структуре возбудителей ПН у детей занимают грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*: *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.* и др. Частота выявляемости *E. coli*, по данным разных авторов, колеблется от 41,7% до 86,6% [1, 4, 12], снижаясь при хроническом течении процесса до 56% и ниже [1, 11]. Принято считать, что грамположительные кокки значительно реже вызывают ПН: при неосложненном течении ПН — в 9,7% случаев [1—3], при наличии обструктивных уропатий — в 31,9% [13]. Полученные данные о современных возбудителях ПН и их чувствительности имеют большое значение

для проведения максимально эффективной антибактериальной терапии.

Адекватная антибиотикотерапия является основным фактором успешного лечения ПН у детей [2, 7, 14]. Основная ее проблема заключается в том, что лечение заболевания начинается с эмпирического назначения антибактериальных препаратов [5], так как в лучшем случае результат микробиологического исследования мочи будет готов через 4—5 дней и тогда у врача появится возможность проведения этиотропной терапии.

Целью исследования явилось изучение особенностей современной структуры возбудителей ПН в зависимости от возраста детей, течения и формы заболевания для разработки дифференцированного подхода к выбору антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследования

Нами проведено микробиологическое исследование мочи 175 детей с внебольничным ПН методом

случайной выборки, среди которых девочек было 66%, мальчиков — 34%. Больные были распределены по форме заболевания, характеру течения и активности воспалительного процесса (табл. 1). Возрастной состав обследованных пациентов: до 1 года — 20 детей (11,4%), 1—5 лет — 55 (31,3%), 5—10 лет — 46 (26,3%), 10—15 лет — 35 (20%), старше 15 лет — 19 (10,9%).

Материалом для исследования была средняя порция свободно выпущенной мочи в количестве 20—30 мл, взятая в стерильный полистироловый контейнер с крышкой («LP Italiana S.p.a») после тщательного туалета наружных половых органов, что соответствует современным требованиям по неинвазивному забору материала [15]. Забор мочи проводили в день поступления больного в стационар до начала антибактериальной терапии и доставляли в лабораторию в течение 2 ч. При отсутствии такой возможности забор мочи производили в специальные пробирки — Vacutainer (Becton Dickinson, США), позволяющие сохранять микробный пейзаж в неизменном виде в течение 48—72 ч. Для сохранения анаэробов моча доставлялась также в транспортной среде Амиеса с активированным углем (Himedia, Индия), создающей анаэробные условия.

Посев мочи производили на питательные среды (фирмы Becton Dickinson, США): CLED-агар, кровяной агар с 5% бараньей крови, шоколадный агар с 2% гемоглобина — полуколичественным методом с помощью бактериологической петли (d=2 мм) по 0,1 мл мочи на чашку. Посев мочи производили также на Шедлер-агар (Becton Dickinson, США) с 5% бараньей крови по 0,1 мл мочи на 2 чашки, одну из которых помещали в термостат, вторую — в анаэроагат для культивирования анаэробов, так как мы связывали отсутствие бактериурии у части детей с возможной ролью анаэробов в этиологии ПН. Выросшие микроорганизмы учитывали количественно и определяли видовую принадлежность с помощью плащечных тест-систем (Lachema, Чехия) на микробиологическом анализаторе «iEMS-MF» (Labsystems) с помощью компьютерной программы «ВАСТ 350» («Аналитика», Москва). Микробиологический мониторинг осуществляли с помощью программы «Микроб» («Аналитика», Москва).

Результаты и их обсуждение

Диагностически значимая бактериурия ($>10^4$ КОЕ/мл) регистрировалась у 81,1% больных, чаще при ост-

ром (84,2%), чем при рецидиве хронического ПН (76,3%). При хроническом ПН у 3,4% больных выявлен рост анаэробов, суммарная бактериурия у них достигала 79,7%. Бактериурия чаще регистрировалась у детей с латентным течением хронического ПН (78,6%), чем у детей с рецидивирующим течением (63,8%), что, вероятно, связано с более активной антибактериальной терапией последних. В разгар заболевания бактериурию имели 86,2% детей, в период стихания — 74,5%, в период ремиссии — 66,6%, т.е. нормализация клинико-лабораторных показателей не сопровождалась санацией мочи у 2/3 больных, что свидетельствует о недостаточной эффективности проводимой антибактериальной терапии. В возрастном аспекте достоверной разницы величины бактериурии получено не было (рис. 1).

Всего из мочи было выделено 59 различных микроорганизмов. Согласно полученным данным (табл. 2), основными возбудителями ПН у детей г. Казань являются представители семейства *Enterobacteriaceae* (67,6%), главным образом *E. coli*, которая обнаруживалась у 54,2% детей. У больных острым и хроническим ПН принципиальная разница в структуре возбудителей касалась двух основных семейств — грамотрицательных палочек (*Enterobacteriaceae*) и аэробных факультативных грамположительных кокков. При рецидивах ПН (хроническое течение) выявлено в 1,4 раза меньше возбудителей семейства *Enterobacteriaceae* и в 1,9 раза больше представителей грамположительных кокков. Кроме этого, при хроническом ПН, в отличие от острого, в структуре возбудителей заболевания были представлены микробы семейства анаэробных грамотрицательных бактерий (4,3%) и патогенных дрожжевых грибов (2,1%).

Среди представителей семейства *Enterobacteriaceae* у детей с хроническим ПН чаще регистрировалась *Klebsiella* ($p<0,05$), другой разницы частоты выявления возбудителей этого семейства у детей с острым и хроническим ПН выявлено не было.

Среди возбудителей семейства грамположительных кокков при остром ПН регистрируются только

Таблица 1

Количество обследованных детей в зависимости от формы, течения ПН и активности воспалительного процесса

| Форма ПН | Количество больных | | Течение ПН | Количество больных | | Активность воспалительного процесса | Количество больных | |
|--------------------------------|--------------------|------|---|--------------------|------|-------------------------------------|--------------------|------|
| | n | % | | n | % | | n | % |
| Обструктивный | 46 | 26,3 | Острое | 57 | 32,6 | Разгар | 175 | 100 |
| Дисметаболический | 55 | 31,4 | Хроническое: латентное рецидивирующее, в т.ч.: непрерывно рецидивирующее | 118 | 67,4 | Стихание | 47 | 26,9 |
| Обструктивно-дисметаболический | 74 | 42,3 | | 30 | 25,4 | Ремиссия | 21 | 12 |
| | | | 88 | 74,6 | | | | |
| | | | | 19 | 21,5 | | | |

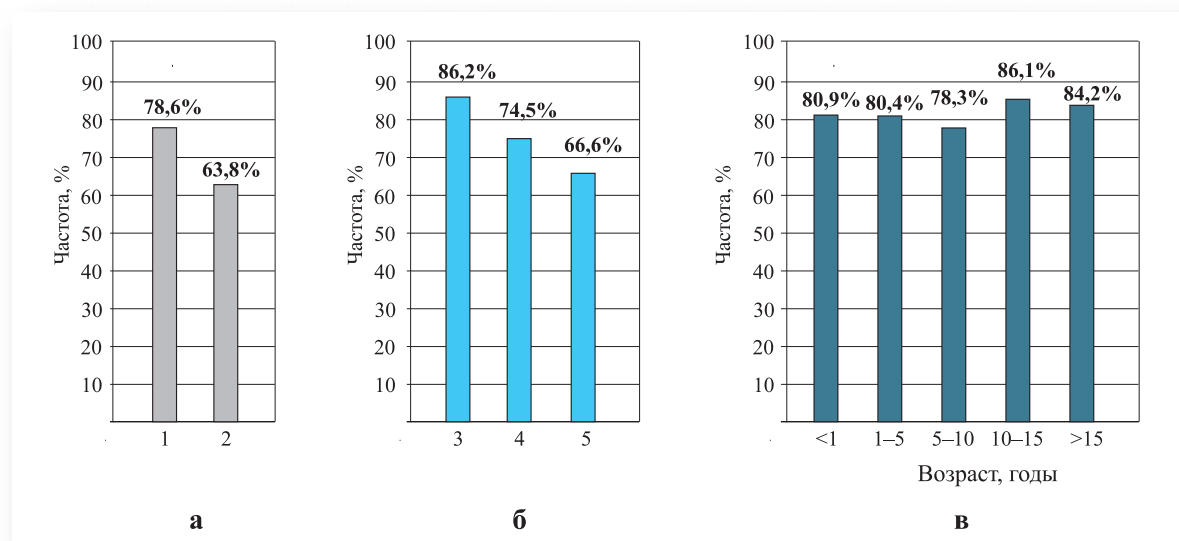


Рис. 1. Частота выявления бактериурии у детей с ХПН в зависимости от течения заболевания (а), активности воспалительного процесса (б) и возраста (в).
1 — латентное течение, 2 — рецидивирующее течение, 3 — разгар, 4 — стихание, 5 — ремиссия.

3 вида (*Staph. haemolyticus*, *Str. parauberis*, *E. fecalis*), тогда как при хроническом ХПН — многочисленные представители этого семейства (*Staph. haemolyticus*, *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *Staph. arletter*, *Staph. lugdunensis*, *Str. parauberis*, *Str. salivaris*, *Str. acidominimus*, *Str. group G*, *E. fecalis*).

Среди возбудителей семейства аэробных неферментирующих грамотрицательных палочек у детей с острым ХПН регистрировались только *Ps. aeruginosa*, тогда как при хроническом ХПН структура возбудителей была представлена значительно шире (*Ps. aeruginosa*, *Ps. epacia*, *Flavimonas orizihabitus*, *Acinetobacter lwoffii*, *Acinetobacter junii*).

В структуре возбудителей анаэробных грамотрицательных бактерий у детей с хроническим ХПН 75% составляли *Bacteroides ovatus* и 25% — *Prevotella bivia*. Суммируя полученные данные, можно констатировать, что при остром ХПН в структуре возбудителей инфекции на первом месте была *E. coli* (66,7%), на втором — другие возбудители семейства *Enterobacteriaceae* (14,6%), на третьем — грамположительные кокки (12,5%). При хроническом ХПН первое место также принадлежит *E. coli* (47,9%), второе — грамположительным коккам (23,4%), третье — другим возбудителям семейства *Enterobacteriaceae* (12,9%). Таким образом, при хроническом течении ХПН грамположительные кокки выходили на второе место, оттеснив других возбудителей семейства *Enterobacteriaceae*.

Бактериурия в зависимости от формы вторичного ХПН имела свои особенности. При наличии обструкции чаще определялась бактериурия, вызванная *Proteus*, *Hafnia*, *Morganella*, *Pseudomonas*, *Candida* ($p < 0,05$). В свою очередь, при необструктивном (метаболическом) ХПН в 4 раза чаще регистри-

ровалась *Klebsiella* и в 1,6 раза чаще аэробные и факультативные грамположительные кокки ($p < 0,05$) (рис. 2).

У детей с латентным течением ХПН чаще регистрировались такие представители *Enterobacteriaceae*, как *Serratia* и *Hafnia*, *Acinetobacter*, *Staphylococcus* ($p < 0,05$), при рецидивирующем течении — *E. coli*, *Klebsiella*, анаэробные грамотрицательные бактерии (*Bacteroides*, *Prevotella*), *Candida* ($p < 0,05$) (рис. 3). В зависимости от частоты рецидивирования структура возбудителей также отличалась: при непрерывно рецидивирующем течении у детей чаще регистрировались *Klebsiella*, *Pseudomonas*, грамположительные кокки (*Staphylococcus*, *Streptococcus*), анаэробные грамотрицательные бактерии (*Bacteroides*, *Prevotella*) ($p < 0,05$) (рис. 4).

Структура возбудителей ХПН в зависимости от активности воспалительного процесса имела свои особенности. На фоне терапии уменьшалась бактериурия, обусловленная возбудителями семейства *Enterobacteriaceae* с 62,1% в период разгара до 8,3% в ремиссию, но возрастала частота бактериурии, обусловленной грамположительными кокками (с 15,5% до 25%) и анаэробными грамотрицательными бактериями (с 0,86% до 2,13%), что объясняется направленностью антибактериальной терапии в отношении грамотрицательной флоры. Полученные данные несомненно необходимо учитывать при проведении антибактериальной терапии, назначая препараты с учетом спектра грамположительных кокков на этапе долечивания заболевания.

Нами установлены особенности возбудителей ХПН у детей различного возраста (рис. 5). Так, общим для всех возрастных групп являлись лидирующие пози-

Таблица 2

Структура возбудителей острого и хронического ПН у детей г. Казань

| Роды | Виды | Частота, % | | |
|--|---------------------------|------------|--------------|-------------------|
| | | всего, % | острый ПН, % | хронический ПН, % |
| Грамотрицательные палочки <i>Enterobacteriaceae</i> : | | | | |
| | Всего | 67,6 | 81,3* | 60,6* |
| <i>Escherichia</i> | <i>E. coli</i> | 54,2 | 66,7* | 47,9* |
| <i>Klebsiella</i> | | 7,7 | 6,3* | 8,5* |
| | <i>K. pneumoniae</i> | 4,9 | 2,1* | 6,4* |
| | <i>K. ornithinolytica</i> | 0,7 | 2,1 | — |
| | <i>K. oxytoca</i> | 1,4 | 2,1 | 1,1 |
| | <i>K. ozaenae</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| <i>Serratia</i> | | 2 | 2,1 | 2,1 |
| | <i>S. marcescens</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| | <i>S. plymutica</i> | 0,7 | 2,1 | — |
| | <i>S. liquefacies</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| <i>Proteus</i> | | 1,4 | 2,1 | 1,1 |
| | <i>P. mirabilis</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| | <i>P. vulgaris</i> | 0,7 | 2,1 | — |
| <i>Hafnia</i> | <i>H. alvei</i> | 1,4 | 2,1 | 1,1 |
| <i>Morganella</i> | <i>M. morganii</i> | 0,7 | 2,1 | — |
| Аэробные факультативные грамположительные кокки: | | | | |
| | Всего | 19,7 | 12,5* | 23,4* |
| <i>Staphylococcus</i> | Всего | 9,9 | 4,2* | 12,8* |
| | <i>S. haemolyticus</i> | 2,8 | 4,2* | 2,1* |
| | <i>S. aureus</i> | 3,5 | — | 5,3 |
| | <i>S. epidermidis</i> | 2,1 | — | 3,2 |
| | <i>S. lugdunensis</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| | <i>S. arletter</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| <i>Streptococcus</i> | Всего | 8,5 | 6,3* | 9,6* |
| | <i>S. group G</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| | <i>S. acidominimus</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| | <i>S. salivarius</i> | 2,1 | — | 3,2 |
| | <i>S. parauberis</i> | 2,8 | 6,3* | 4,3* |
| <i>Enterococcus</i> | <i>E. faecalis</i> | 1,4 | 2,1 | 1,1 |
| Аэробные неферментирующие граммотрицательные палочки: | | | | |
| | Всего | 7 | 6,3 | 7,4 |
| <i>Pseudomonas</i> | | 4,2 | 6,3* | 3,2* |
| | <i>P. aeruginosa</i> | 3,5 | 6,3* | 2,1* |
| | <i>P. cepacia</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| <i>Flavimonas</i> | <i>F. orizihabitus</i> | 0,7 | — | 1,1* |
| <i>Acinetobacter</i> | | 2,1 | — | 3,2* |
| | <i>A. junii</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| | <i>A. lwoffii</i> | 1,4 | — | 2,1 |
| Анаэробные грамотрицательные бактерии: | | | | |
| | Всего | 2,8 | — | 4,3* |
| <i>Bacteroides</i> | <i>B. ovatus</i> | 2,1 | — | 3,2 |
| <i>Prevotella</i> | <i>P. bivia</i> | 0,7 | — | 1,1 |
| Дрожжевые грибы: | | | | |
| <i>Candida</i> | <i>C. albicans</i> | — | — | 2,1* |
| Другие | | 1,4 | — | 2,1* |

* p<0,05.

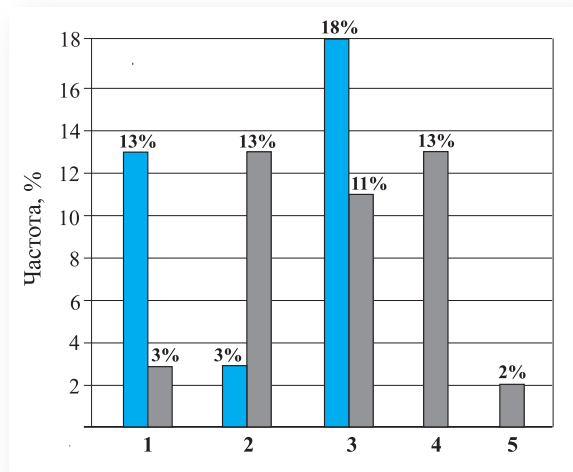


Рис. 2. Частота выявления в моче различных возбудителей в зависимости от формы ПН. 1 — *Klebsiella*, 2 — *Enterobacteriaceae*, 3 — грамположительные кокки, 4 — *Pseudomonas*, 5 — *Candida*; 1-й столбик — дисметаболический ПН, 2-й столбик — обструктивный ПН.

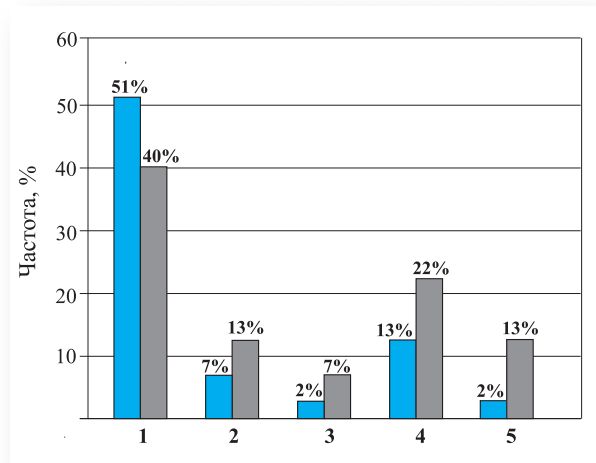


Рис. 4. Частота выявления в моче различных возбудителей в зависимости от числа рецидивов ПН. 1 — *E. coli*, 2 — *Klebsiella*, 3 — *Pseudomonas*, 4 — грамположительные кокки, 5 — анаэробы; 1-й столбик — редкие рецидивы, 2-й столбик — непрерывно рецидивирующее течение.

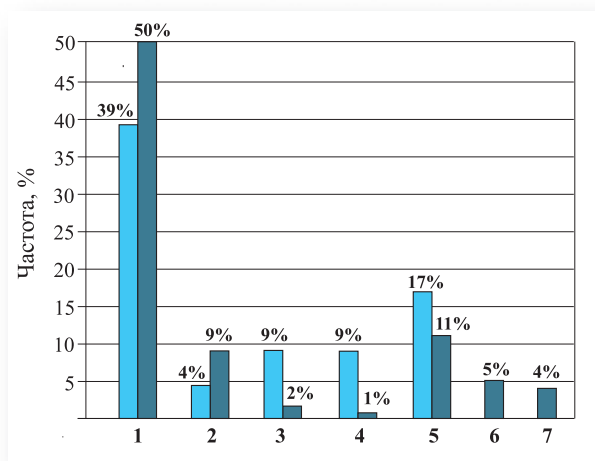


Рис. 3. Частота выявления в моче различных возбудителей в зависимости от варианта течения ПН. 1 — *E. coli*, 2 — *Klebsiella*, 3 — *Enterobacteriaceae*, 4 — *Acinetobacter*, 5 — *Staphylococcus*, 6 — анаэробы, 7 — *Candida*; 1-й столбик — латентное течение, 2-й столбик — рецидивирующее течение.

ции *E. coli*, которая колебалась от 32% у детей старше 15 лет до 64% у детей 5—10 лет. Другие возбудители семейства *Enterobacteriaceae* находились на третьем месте после *E. coli* у детей до 1 года и старше 5 лет, причем у детей старше 15 лет они были представлены единственным видом — *Klebsiella* (19%). Возбудители семейства *Streptococcaceae* (*Streptococcus*, *Enterococcus*) занимали второе место у детей до 1 года и старше 15 лет, третье место — у детей 1—5 лет. Возбудители рода *Staphylococcus* занимали второе место у детей 5—15 лет, четвертое место — у детей до 1 года. Аэробные неферментирующие грамотрицательные палочки занимали

второе место в структуре возбудителей у детей 1—5 лет и четвертое место — у детей старше 15 лет. Анаэробные грамотрицательные бактерии регистрировались: в возрасте 1—5 лет (2,3%), 5—10 лет (5,5%) и 10—15 лет (3,3%), т.е. пик выделения этих возбудителей у детей приходился на дошкольный и младший школьный возраст. Обращает на себя особое внимание сходство этиологической структуры возбудителей ПН у детей двух возрастных групп — до 1 года и старше 15 лет. Если проследить динамику наиболее частых возбудителей ПН у детей в зависимости от возраста, то становится очевидным, что у детей старше года частота выявления *E. coli* увеличивалась и достигала максимума к 5—10 годам, а затем снижалась до минимальных значений у детей старше 15 лет. Частота грамположительных кокков, наоборот, имела максимальные значения у детей до 1 года, в 5—10 лет снижалась до минимальных значений и затем вновь повышалась в возрасте старше 15 лет.

У 32% детей с ПН нами выявлено наличие второго возбудителя в моче. Чаще всего ассоциации возбудителей выявлялись при латентном течении хронического ПН у детей в возрасте до 1 года и старше 15 лет (рис. 6). В качестве второго микроорганизма у детей с острым и хроническим ПН одинаково часто выявлялись грамположительные кокки (65%) и микробы семейства *Enterobacteriaceae* (17,64% и 10,6% соответственно). Реже у детей с острым ПН определялись *Candida albicans & tropicalis* (11,8%) и *Ps. cepacia* (10,3%), а у детей с хроническим ПН — дрожжевые и дрожжеподобные грибы (5%) *Candida albicans*, *Candida pseudotropicalis* и *Geotrichum proteoliticum*.

Таким образом, самым частым возбудителем ПН у детей является *E. coli*, которая регистрировалась

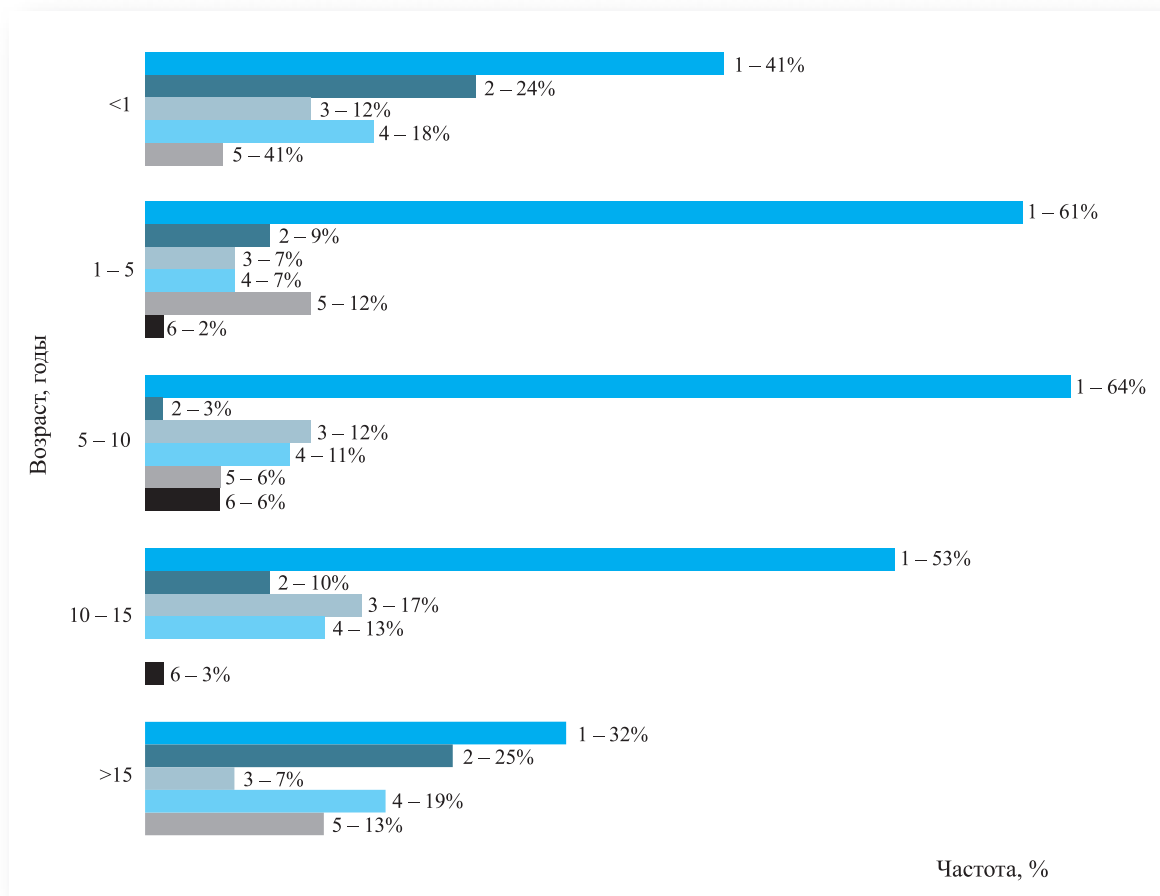


Рис. 5. Частота выявления в моче различных возбудителей в зависимости от возраста детей с ПН. 1 — *E. coli*, 2 — *Streptococcaceae*, 3 — *Staphylococcus*, 4 — другие *Enterobacteriaceae*, 5 — аэробные неферментирующие грамотрицательные палочки, 6 — анаэробы.

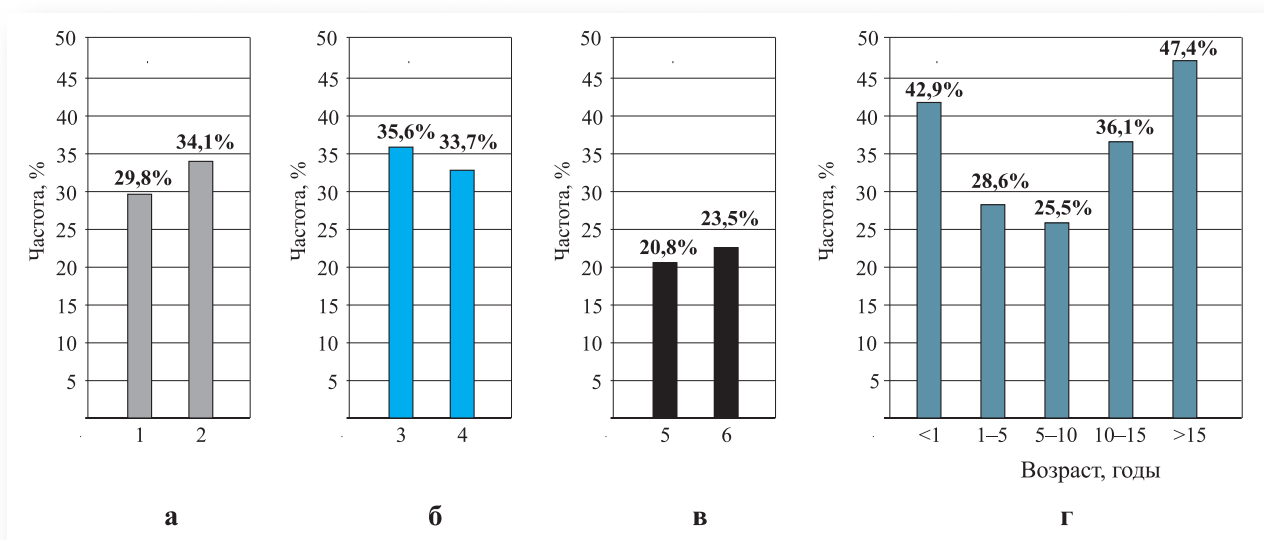


Рис. 6. Частота выявления в моче микробных ассоциаций в зависимости от формы ПН (а), течения заболевания (б), активности воспалительного процесса (в) и возраста детей (г). 1 — острый ПН, 2 — хронический ПН, 3 — латентное течение, 4 — рецидивирующее течение, 5 — разгар, 6 — ремиссия.

с наибольшей частотой при остром обструктивном ПН в возрасте 5—10 лет. Вторым по частоте представителем семейства *Enterobacteriaceae* был род *Klebsiella*, который наиболее часто выявлялся у детей старше 15 лет с непрерывно рецидивирующим течением хронического дисметаболического ПН.

Второе место в структуре возбудителей ПН занимает семейство аэробных и факультативных грамположительных кокков: при хроническом ПН чаще регистрировались разные представители этого семейства, при остром — только *Staph. haemolyticus*, *Str. parauberis*, *Enteroc. faecalis*. Род *Staphylococcus* чаще выявлялся у детей 10—15 лет при латентном течении ПН, *Streptococcus* — при непрерывно рецидивирующем течении обструктивного ПН у детей старше 15 лет, а *Enterococcus* — при остром дисметаболическом ПН в возрасте до 1 года.

С одинаковой частотой и при остром, и хроническом ПН у детей присутствовали представители семей-

ства аэробных неферментирующих грамотрицательных палочек. Однако при остром ПН регистрировалась только *Ps. aeruginosa*, а при хроническом ПН — представители разных видов (*Ps. spp.*, *Flavimonas spp.*, *Acinetobacter spp.*). Чаще всего различные микроорганизмы этого семейства выделялись у детей в возрасте 1—5 лет с обструктивным рецидивирующим ПН.

Целенаправленный поиск возможного наличия анаэробных грамотрицательных бактерий следует проводить у детей в возрасте 5—10 лет при непрерывно рецидивирующем течении хронического дисметаболического ПН.

Знание современной структуры возбудителей ПН в зависимости от формы и течения заболевания, а также возраста детей имеет огромное практическое значение — это позволяет своевременно и дифференцированно подходить к назначению адекватной эмпирической антибактериальной терапии еще до получения результатов посева мочи.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 4/2005, приложение № 3.

© Коллектив авторов, 2004

С.А. Лоскутова, А.В. Чупрова, Е.А. Мовчан

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ, ДЕБЮТИРОВАВШИМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Государственная медицинская академия, областная клиническая больница, г. Новосибирск, РФ

Авторы представляют и обсуждают результаты длительного наблюдения 267 пациентов с различными клинико-морфологическими формами первичного гломерулонефрита, который дебютировал в детстве. Показаны особенности их течения, взаимосвязь между клиническими вариантами, морфологическими изменениями и выживаемостью больных. Выделены неблагоприятные признаки, влияющие на выживаемость пациентов с первичным гломерулонефритом.

Authors present and discuss the results of long-term follow up of 267 patient with different variants of primary glomerulonephritis started in childhood. They showed the peculiarities of glomerulonephritis course, correlation between clinical presentation, histological changes and patient's survival. Authors selected unfavorable signs influenced on survival of patients with primary glomerulonephritis.

Хронические гломерулонефриты (ХГН) — группа заболеваний иммунной природы с различной этиологией, патогенезом, клинико-лабораторной симптоматикой, морфологией и прогнозом [1—3, 6]. При этом особенности течения и исходы их могут существенно различаться в отдельные возрастные периоды жизни, а также в различных климато-географических регионах России [6, 8, 9]. Между тем до настоящего времени в литературе отсутствуют работы, комплексно характеризующие как сам первичный ХГН, так и выживаемость при нем детей и взрослых пациентов в Новосибирской обла-

сти — крупнейшем промышленном центре Западной Сибири.

Цель работы — изучить выживаемость больных при различных клинико-морфологических формах первичного ХГН, дебютировавшего в детском возрасте.

Материалы и методы исследования

Всего под наблюдением находилось 267 больных, у которых по совокупности данных анамнеза, клинических и лабораторных сдвигов, результатов морфологического исследования почечных биоптатов диагностирован первичный ХГН.

А.И. Сафина, С.В. Мальцев

ЛИТЕРАТУРА

1. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Страчунский Л.С. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения у детей — М., 2002. — 21 с.
2. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. — М., 2002. — 381 с.
3. Tenover FC. // Рус. мед. журнал. — 1996. — Т. 3, № 4. — С. 217—219.
4. Данилова Е.И., Вялкова А.А., Карпов А.И., Тарасевич А.В. // Нефрология и диализ. — 2001. — Т. 3, № 4. — С. 495.
5. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б. и др. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей. — 4-е изд. — М., 2003. — 71 с.
6. Зыкова Л.С., Тухватуллина Э.М., Мотыженкова О.В., Любимова О.К.// Рос. пед. журнал. — 2003. — № 2. — С. 8—10.
7. Begue P. // Arch. Pediatr. — 1998. — Vol. 5, № 3. — P. 296—301.
8. Davies H.D., Jones E.L., Sheng R.Y. et al. // Pediatr. Infect. Dis. J. — 1992. — Vol. 11, № 5. — P. 349—354.
9. Honkinen O., Jahnukainen T., Mertsola J. et al. // Pediatr. Infect. Dis. J. — 2000. — Vol. 19, № 7. — P. 630—634.
10. Sakson B., Wyrebska-Ruge J., Lobka P., Milewska H. // Pol. Merkuriusz. Lek. — 2000. — Vol. 9, № 1. — P. 41—43.
11. Yen C.W., Chen D.H. // J. Microbiol. Immunol. Infect. — 1999. — Vol. 32, № 3. — P. 199—205.
12. Thanassi M. // Acad. Emerg. Med. — 1997. — Vol. 4, № 8. — P. 797—800.
13. Белобородова Н.В., Меновщикова Л.Б. // Consilium Medicum. — 2000. — Т. 2, № 4. — С. 162—164.
14. Bianchetti M.G., Markus-Vecerova D., Schaad U.B. // Schweiz Med. Wochenschr. — 1995. — Vol. 11, № 6. — P. 201—206.
15. Митрохин С.Д. // Инфекции и антимикробная терапия. — 2002. — Т. 4, № 4. — С. 124—126.