

УДК: 616.62:616.643-031.63-053

### ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Б. А. Абеуова, А. Б. Кузгибекова, К. А. Кенжебаева, Г. Г. Еремичева, Г. М. Мулдаева*

Карагандинский государственный медицинский университет

Инфекция мочевой системы (ИМС) – воспалительный процесс в мочевой системе без специального указания на этиологию и локализацию. ИМС является глобальной проблемой педиатрии. Диагностика, которая во многом зависит от качественного получения проб мочи для анализа не всегда проста. Многие аспекты ИМС хорошо изучены, другие – являются объектом постоянных дискуссий. Дополнительные трудности возникают также из-за отсутствия унифицированных формулировок, характеризующих широкий клинический спектр ИМС.

**ПИЕЛОНЕФРИТ** – неспецифическое, острое или хроническое микробное воспаление в интерстициальной ткани почек и чашечно-лоханочной системе с вовлечением в патологический процесс канальцев, кровеносных и лимфатических сосудов. **ЦИСТИТ** – микробно-воспалительный процесс в слизистой мочевого пузыря и подслизистом слое, сопровождающийся нарушением его функции. **БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ** – бактериурия свыше  $10^5$  колоний микроорганизмов в 1 мл мочи, полученной при свободном мочеиспускании из «средней» струи при отсутствии клинической картины заболевания. В норме мочевая система стерильна (кроме дистальной части уретры), в то время как прилегающий толстый кишечник колонизирует несметное число бактерий. Бактерии, вызывающие ПН, являются частью кишечной и/или уретральной флоры пациента. Они достигают мочевого пузыря путем ретроградной инвазии, или, в исключительных случаях, через кровь. Диагностика пиелонефрита, при типичном его течении, не представляет трудностей. Однако, расшифровка его характера и особенностей течения в зависимости от возраста, требует проведения комплекса клинико-лабораторных исследований.

Из вышеуказанного следует, что многие традиционные концепции должны быть критически пересмотрены, а некоторые отвергнуты. В то же время некоторые основные клинические принципы остаются актуальными и по сей день, хотя в определенных аспектах взгляды на них меняются.

**Цель:** исследовать частоту рецидивов инфекции мочевой системы в условиях амбулаторно-поликлинической службы среди детей в возрасте до 3 лет, получавших лечение по поводу острого пиелонефрита.

**Результаты исследований.** Под нашим наблюдением находилось 22 ребенка в возрасте от 1 месяца до 3 лет, достигнувших клинико-лабораторную ремиссию после острого пиелонефрита (ПН), наблюдавшихся амбулаторно и получавших с иммуномодулирующей целью ГенферонЛайт. Девочек было значительно больше – 16 (72,7%) мальчиков – 6 (27,3%) ( $p \leq 0,05$ ). Известно, что девочек среди больных инфекциями мочевой системы (ИМС) больше, чему предрасполагают в первую очередь анатомо-физиологические особенности женского организма. Диагноз «острый пиелонефрит» диагностирован всем детям впервые. Контрольная группа составили 15 детей, перенесших острый пиелонефрит, без иммуномодулирующей терапии. В обеих группах были больные пиелонефритом, у которых была исключена вторичность ИМС, то есть у этих детей при

обследовании не было выявлено каких-либо урологических аномалий со стороны органов мочевого выделения пиелонефритом.

Среди больных в основной группе отягощающие факторы для развития ИМС отмечено у 54,5% больных, в контрольной группе – у 46,7%. Отягощающими факторами были болезни мочевыводящей системы до беременности у 2 женщин, во время беременности – у 2 женщин, у 5 женщин – угроза прерывания беременности, у 1 женщины – беременность протекала с отеками и с артериальной гипертензией, у 6 женщин отмечалась анемия в период беременности.

Клинические проявления острого пиелонефрита в обеих группах проявлялись в виде температурной реакции, общеинтоксикационного синдрома, болевого синдрома или его эквивалента, дизурических явлений.

Как правило, в обеих группах заболевание возникало на фоне полного здоровья, реже после перенесенной ОРВИ, пневмонии острой кишечной инфекции, переохлаждения.

Мочевой синдром представлен в виде лейкоцитурии, протеинурии от 0,03 до 2,67 г/л. Гематурия, достаточно редкий симптом острого ПН, наблюдался у 1 (4,5%) больного основной группы и у 1 (6,6%) больного контрольной группы. Бактериурия определялась у всех больных обеих групп. Нужно отметить, что у тех больных, у которых не было лейкоцитурии, тем не менее, определялась бактериурия со всем остальным клинико-лабораторным комплексом острого пиелонефрита. Как правило, бактериурия была диагностически значимой в рьих группах и чаще всего определялись *E.coli*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, реже *Enterococcus*, *Citrobacter*.

Активность воспалительного процесса определялась по общеизвестным показателям (ускоренное СОЭ от 17 до 66 мм/ч ( $35,2 \pm 16,4$ ), лейкоцитоз ( $18,7 \pm 5,8$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы (78,5%). Анемия легкой степени тяжести определялась у больных основной группы - у 16 (63,6%). В контрольной группе анемия легкой степени тяжести была у 5 (33,3%). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у 16 (63,6%) детей основной группы была снижена и у 7 (46,6%) детей контрольной группы ( $p \leq 0,05$ ).

Всем больным проведено ультразвуковое исследование органов мочевого выделения и при подозрении на врожденную аномалию развития (ВАР) были проведены рентгенурологические исследования.

Дети обеих групп получали антибактериальную терапию в условиях стационара в возрастных дозировках в течении 7-14 дней в виде парентерального введения в основном цефалоспоринов 3 поколения. Также проводилась посиндромная симптоматическая терапия. Дети обеих групп продолжали согласно протоколам лечения антибактериальную терапию в амбулаторных условиях. Дети основной группы помимо поддерживающей антибактериальной терапии с иммуномодулирующей целью получали ГенферонЛайт (125000 МЕ) Большая степень частоты полной элиминации инфекционного агента согласуется с литературными данными о повышении чувствительности возбудителей к антибактериальной терапии под влиянием интерферона и, тем самым, способствует повышению эффективности комбинированной терапии, что также было отмечено у детей основной группы в сравнении с контрольной. Устранение проявлений воспаления, также достигаемое достоверно чаще при использовании препарата Генферон® Лайт, служит дополнительным свидетельством эффективности проводимого лечения, снижает риск возникновения осложнений, улучшает общее состояние пациента и повышает качество его жизни. Кроме того, в ходе исследования была доказана безопасность применения Генферона® Лайт в педиатрической практике. У детей основной группы в течении года не отмечалось рецидивов инфекции мочевой системы в отличие от детей контрольной группы, где рецидивы ИМС отмечалось у 5 (33,3%) детей. Ни у кого из наших детей побочных эффектов от терапии Генферона® Лайт не отмечалось. Применение суппозиторий содержащих интерферон- $\alpha$  в комплексной терапии пиелонефрита у детей способствует ускорению ремиссии, профилактике сопутствующих заболеваний и

осложнений. Генферона® Лайт необходимо применять по 2 свечи в сутки ежедневно с 12 – часовым интервалом в течение 7 дней, затем по 1 свече на ночь через в течение 1 месяца.

**Заключение.** Благодаря проведенным исследованиям уже сейчас можно говорить о высоком терапевтическом эффекте Генферона® Лайт в лечении инфекции мочевой системы у детей, в частности острого пиелонефрита в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Благодаря входящим в него компонентам (рч ИНФ-α2b, таурин) Генферон® Лайт оказывает противовирусное, иммуномодулирующее, противовоспалительное, репаративное, антипролиферативное и антиоксидантное средство, практически не вызывающим побочных явлений и обладающее широким профилем безопасности у детей раннего возраста.



УДК 615.035.1

## АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ГИНЕКОЛОГИИ, АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

*Н. С. Ахмадьяр*, д.м.н., старший клинический фармаколог

АО «Национальный научный медицинский центр  
материнства и детства»

г. Астана

### АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования 6285 медицинских карт женщин, беременных и новорожденных, которые показывают, что антибактериальная профилактика значительно превалирует над антибактериальной терапией.

**Ключевые слова:** антибактериальная терапия, профилактика, инфекция, беременные, новорожденные.

**Актуальность темы.** Антибиотики принадлежат к числу лекарственных средств, наиболее часто назначаемых беременным и новорожденным. Показанием к назначению антибиотиков является инфекционно - воспалительный процесс любой степени тяжести. Однако назначение антибиотиков требует определенной дисциплины – следует строго соблюдать принципы рациональной антибактериальной терапии, учитывая особенности всасывания препаратов, их распределения, накопления в тканях, их элиминации у беременных и новорожденных, связанные с выделительной функцией печени и почек, состоянием всех органов и систем, влияющих на фармакокинетику антибактериальных препаратов.

Антибиотики и связанная с ними высокая вероятность появления нежелательных реакций занимают особое место в фармакотерапии. Избыточное назначение антибактериальных лекарственных средств беременным и новорожденным в акушерских стационарах связано с трудностями идентификации возбудителя, неспецифичностью клинических признаков воспалительного процесса, что влечет за собой гипердиагностику внутриутробных инфекций, с отсутствием четких диагностических критериев, смешиванием понятий «инфицирование» и «инфекция», а также с желанием скрыть случаи госпитальной инфекции, возникновение которой нередко чревато административными мерами. Помимо нежелательных реакций у конкретного пациента, нерациональное использование антибиотиков достаточно быстро приводит к формированию лекарственно - резистентных внутрибольничных штаммов.