



педиатров, нефрологов существует гипердиагностика пиелонефрита у детей и недооценка и гиподиагностика хронических циститов. Анализ дефектуры в организации лечения конкретных пациентов с инфекцией мочевыводящих путей убедил нас в том, что порой ребенка многие месяцы и даже годы лечат без эффекта антибактериальными препаратами по поводу «латентного» пиелонефрита. Однако лейкоцитурия рецидивирует, несмотря на все усилия нефролога. Между тем цистоскопию своевременно не проводят, считая, что нет клинических признаков — дизурии. Когда это исследование выполняется, то очевидным становится наличие хронического цистита, чаще гранулярного типа. Гранулярный цистит лечат уже по другому стандарту — проводится местное лечение, физиотерапия. Педиатры, да и нефрологи тоже, не учитывают, что определенные формы цистита, когда воспаление локализуется вне области треугольника Льюиса, дизурией не сопровождаются.

Вторая ошибка в действиях педиатра в том, что переоцениваются патологические результаты анализов мочи в пробе по Нечипоренко — при совершенно нормальных общих анализах мочи. Недоверие вызывают и посевы мочи (если анализ берется не катетером), проводимые в амбулаторных условиях. Нередко и в этой ситуации ребенка пытаются лечить как больного с латентным течением пиелонефрита. К консультациям детского гинеколога наши педиатры, нефрологи постоянно прибегают при наличии у девочки лейкоцитурии, но не имеют привычки самостоятельно проводить наружный осмотр гениталий, в первую очередь у детей раннего возраста. Диагностическая работа специалиста, несомненно, затруднена, если пациент не предъявляет конкретных жалоб. Так случается не только при определенных формах цистита, но и при кистозной болезни почек и даже камне, почти полностью заполняющем

чашечку. Нами отмечено, что дизметаболические нефропатии, связанные с гипероксалурией, уратурией, не сопровождающиеся болевым синдромом, попадают в плановом порядке под наблюдение нефролога, а с эпизодами почечной колики поступают в урологическое отделение. Современный подход требует формирования этого потока пациентов в одних руках, чаще нефролога для проведения длительной диспансеризации и предупреждения развития мочекаменной болезни. На нашей территории отработана единая тактика уролога и нефролога в случаях выявления дизметаболической нефропатии и мочекаменной болезни. Она включает назначение лечебного питания с учетом характера строения камня, кристаллурии после первых эпизодов заболевания: контроль за почечными функциями 1-2 раза в год (после установления диагноза мочекаменной болезни); проведение профилактики вторичной инфекции мочевых путей. Отмечено, что специалисты слишком односторонне подходят к ребенку раннего возраста с энурезом, особенно если недержание проявляется по типу «постоянных мокрых штанишек». Ребенка направляют к неврологу, который лечит по своему плану. Между тем такому ребенку прежде всего необходим уролог, который уточняет причину энуреза. У одной пациентки была выявлена «немая почка» с эктопией мочеточника во влагалище. В возрасте трех лет после первичного осмотра уролога проведено оперативное лечение. В настоящий момент девочка здорова.

Современная работа нефролога и уролога, их «взаимопроникновение» в специальные разделы медицины улучшают прогноз при заболеваниях органов мочевой системы, способствуют формированию междисциплинарных программ по раннему выявлению и реабилитации детей с нефропатологией, а также преодолению кризиса «узкого» специалиста.

616.234:616.327.2-053.2

**Т.Г. МАЛАНИЧЕВА, Н.В. ЗИАТДИНОВА, Г.И. РИВКИНА**

Казанский государственный медицинский университет

## Микробиоценоз носоглотки и реабилитация часто болеющих детей с рецидивирующими бронхитами

Целью исследования явилось изучение состава грибковой и бактериальной микрофлоры носоглотки у часто болеющих детей с рецидивирующими бронхитами для совершенствования методов реабилитации. Под наблюдением находилось 90 детей с рецидивирующими бронхитами в возрасте от 3 до 7 лет. Эпизоды бронхита повторялись 2-3 раза в год в течение 1-2 лет на фоне ОРВИ. Все пациенты состояли на диспансерном учете в группе ЧБД. Среди них мальчики составили 52,2%, девочки — 47,8%. Пациентам проводились углубленное клиническое и параклиническое обследование (общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови, по показаниям — рентгенография органов грудной клетки), а также исследование микробиоценоза носоглотки с помощью культурального микробиологического и бактериологического методов.

Выявлено, что среди обследованных ЧБД с рецидивирующими бронхитами у 53 детей (58,9%) выявлена колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*. В данной группе детей в условиях грибово-бактериальной ассоциации течение рецидивирующего бронхита носит затяжной характер, симптомы становятся более мучительными, появляется устойчивость к традиционной терапии. Это требует совершенствования лечения и назначения препаратов с антимикробным действием, оказывающих влияние на грибковый и стафилококковый компонент. К таким препаратам относится топический антибиотик Биопарокс (фузафунгин), оказывающий противогрибковое действие на грибы рода *Candida*, антибактериальный эффект, в том числе и на *Staphylococcus aureus*, и выраженный про-



тивовоспалительный эффект. Для изучения эффективности препарата Биопарокс в составе комплексной терапии рецидивирующих бронхитов у ЧБД, имеющих колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*, обследуемые пациенты разделены на 2 группы. В основную группу вошли 33 ребенка, получающих топический антибиотик Биопарокс по 4 впрыскивания в каждую ноздрю и 4 впрыскивания через рот 4 раза в сутки в течение 7-10 дней в сочетании с традиционной терапией бронхита. В контрольную группу вошли 20 ЧБД с рецидивирующими бронхитами, имеющие колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*, получающие только традиционную терапию бронхита, которая существенно не различалась между сравниваемыми группами. По полу, возрасту и клинической структуре между сравниваемыми группами статистически значимых различий не выявлено. После завершения курса лечения всем детям проводилось повторное углубленное клиническое обследование в динамике и микробиологическое обследование слизистой оболочки носоглотки. В дальнейшем пациенты находились под наблюдением в течение 10 месяцев для контроля длительности ремиссии. Клиническую эффективность проводимой антимикробной терапии в комплексном лечении рецидивирующих бронхитов у ЧБД оценивали на основе общего терапевтического эффекта (ОТЭ), а также средней длительности периода обострения и стадии ремиссии. ОТЭ оценивали по проценту больных, продемонстрировавших положительный эффект от лечения. Анализ клинической эффективности показал, что у больных основной группы ОТЭ составил 78,8%, тогда как в контрольной группе — 30%. Отсутствие эффекта в группе больных, не получавших топических антибиотиков, отмечалось в 3,3 раза чаще, чем у детей, их получавших (соответственно 70% и 21,2%). Клиническая эффективность лечения рецидивирующего бронхита у ЧБД с колонизацией слизистой оболочки носоглотки грибковой и бактериальной флорой препаратом Биопарокс привела к сокращению длительности периода обострения

в 1,8 раза. Так, средняя длительность периода обострения в основной группе составила 14 дней, тогда как в контрольной группе 26 дней ( $p < 0,05$ ). Исчезновение кашля к 7-му дню от начала терапии имело место у 45,4% пациентов, тогда как в контрольной группе — только у 10% ( $p < 0,05$ ). Купирование хрипов на 5-й день от начала лечения в основной группе имело место в 54,5% случаев, а в контрольной группе только в 15%. У ЧБД с рецидивирующим бронхитом, получающих в составе комплексной терапии препарат Биопарокс, сократилась потребность в системных антибиотиках в 2,8 раза. Так, детям основной группы системные антибиотики назначались в 9% случаев, а в контрольной группе — в 25% ( $p < 0,05$ ). Изучение долгосрочных результатов проводимой терапии по данным клинического наблюдения за детьми в течение 10 месяцев показало, что средняя длительность ремиссии в основной группе составила 8 месяцев, тогда как в группе сравнения — 4,0 месяца ( $p < 0,001$ ), то есть увеличилась в 2 раза. После проведенной терапии в основной группе ЧБД результаты микробиологического исследования слизистой оболочки полости носа на наличие грибов рода *Candida* были отрицательные в 78,8 % случаев, а на *Staphylococcus aureus* — в 87,8%. Обострения рецидивирующего бронхита характеризовались более легким течением заболевания с менее выраженным и продолжительным кашлем.

Таким образом, у часто болеющих детей с рецидивирующими бронхитами в 58,9% случаев выявляется колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*. Комплексная реабилитация данной группы пациентов с включением в состав лечения топического антимикробного препарата Биопарокс приводит к общему терапевтическому эффекту в 78,8% случаев. Это проявляется в сокращении периода обострения в 1,8 раза и продлении ремиссии в 2 раза на фоне отрицательных результатов культурального микологического и бактериологического исследования со слизистой оболочки носоглотки на грибковую и бактериальную микрофлору.

591.69-053.2

**Л.М. МАЛЫШЕВА, Е.Е. ХАСАНОВА, О.А. НАЗАРОВА**

Казанский государственный медицинский университет

Республиканская клиническая инфекционная больница, г. Казань

## Клинические варианты лямблиоза у детей и их терапевтическая коррекция

Лямблиоз является актуальной медико-социальной проблемой. Трудности диагностики и лечения лямблиоза связаны с полиморфизмом клинических признаков, так как лямблиоз часто служит пусковым механизмом развития или обострения кишечной и внекишечной патологии у детей. При лямблиозной инвазии доказаны: сенсibilизация организма продуктами распада лямблий и формирование аллергодерматозов; развитие вторичного синдрома мальабсорбции; нарушение синтеза ферментов; висцеро-висцеральные рефлексy ЖКТ (абдоминальный синдром); нарушение функции печени как органа детоксикации; дисбиотические нарушения в кишечнике;

снижение синтеза иммуноглобулинов (иммуносупрессия). Диагностика лямблиоза затруднена в связи с феноменом прерывистого выделения и необходимостью упорства в поиске лямблий в фекалиях, использовании различных методов лабораторного обследования и их интерпретации.

**Цель работы:** оптимизация лечения детей с лямблиозом, гельминтозами, аллергодерматозами, дисбактериозом (ДБК) кишечника. С 2004-2008 гг. в Центре микрoэкологии ребенка (ЦМЭР) РКИБ г. Казани нами проконсультировано 1828 детей с различными клиническими вариантами лямблиоза. В настоя-