

ветственно; $p < 0,05$). Для всех методов, кроме СНСГ, удалось продемонстрировать прямую зависимость между уровнем креатинина в крови и объемами почек по отдельности.

В проведенном исследовании была продемонстрирована прямая связь между объемом почечной паренхимы (независимо от метода визуализации) и сывороточным креатинином. Более того, прямая корреляция СКФ и объема почек определялась и при ЭУ и СРСГ. Безусловно, эти находки подтверждают зависимость функции почек от объема их функционирующей паренхимы, но скорее всего отображают естественные возрастные взаимоотношения.

Заключение. Таким образом, наиболее точно объем функционирующей почечной паренхимы можно оценить с помощью СНСГ, являющейся, в частности, «золотым стандартом» в диагностике рефлюкс-нефропатии. При рентгенологической оценке размеров и объема почек должен учитываться феномен завышения результата за счет рассеивания лучей.

© И.Л. Чашина, М.Д. Бакрадзе, 2010
УДК 616.64–008.87:615.281.9:613.95

Литература

1. Захарова, И.Н. Рентгеноконтрастные методы исследования в детской нефрологии / И.Н. Захарова, Э.Б. Мумладзе, О.А. Вороненко, Е.В. Захаркина // Лечащий Врач. – 2005. – №9. – С. 15-21.
2. Цыгина, Е.Н. Визуализационные исследования почек и мочевых путей в педиатрии / Е.Н. Цыгина, И.В. Дворяковский, А.Н. Цыгин // Медицинская визуализация. – 2009. – №2. – С. 123-130.

Ключевые слова: медицинская визуализация, дети, болезни почек

CORRELATION OF KIDNEY SIZE AND FUNCTION IN PEDIATRIC NEPHROUROLOGICAL VISUALIZATION
TSYGINA E.N., SKUTINA L.E., VOROBYOVA L.E., GERASIMOVA N.P., DVORYAKOVSKY I.V., TSYGIN A.N.

Key words: medical visualization, children, kidneys illnesses

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

И.Л. Чашина, М.Д. Бакрадзе

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Инфекции мочевых путей (ИМП) относятся к одной из наиболее распространенных бактериальных инфекций в амбулаторной практике педиатра наряду с инфекциями верхних дыхательных путей. В результате ИМП возможно поражение паренхимы почек с развитием нефросклероза. Вероятность склерозирования возрастает при отсроченности и неадекватности терапии [1]. Оптимальная продолжительность лечения ИМП у детей заслуживает тщательного изучения [3]. Используются как традиционные длительные схемы антибактериальной терапии, так и более короткие. В нашей стране антимикробная терапия традиционно проводится в течение 10-14 дней с последующим назначением противорецидивного лечения уросептиками даже при отсутствии пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) [2,4].

Материал и методы. В исследовании проанализированы клинические и лабораторные сведения, полученные от лихорадящих пациентов с ИМП; проведена оценка эффективности длительности антибактериальной терапии; проанализированы результаты противорецидивной терапии на основании анализа катamnестических данных, полученных от больных с острыми и хроническими ИМП.

Клиническое испытание эффективности антибактериальной терапии проводилось в рамках открытого рандомизированного исследования. Из 140 детей с ИМП антибактериальную терапию в стационаре начали получать 105. По протоколу проведены 85 боль-

ных, которые были разбиты на 2 группы: в одной из них антибактериальная терапия продолжалась до 14 дней, в другой – 21 день. Терапия проводилась амоксициллином/клавуланатом (48/56% больных) или цефалоспорином III поколения (цефтриаксоном, цефтибутеном) – 37/44% больных. Амоксициллин/клавуланат назначался парентерально (в/в) в дозе 90 мг/кг/сут в течение не более 3 дней (12/25% больных) с последующим переходом на прием внутрь или только перорально в дозе 50 мг/кг/сут (29/60%). Другая группа детей получала цефтриаксон (в/в или в/м) в дозе 80 мг/кг/сут (27/72%) в течение 2-3 дней с переходом на цефтибутен внутрь в дозе 9 мг/кг/сут или только цефтибутен внутрь (10/27%). Эффективность лечения оценивалась в ранние сроки и в катamnезе. В качестве раннего признака эффективности мы использовали сроки снижения температуры.

Результаты и обсуждение. При исследовании не было получено различий в характере течения заболевания и исходах в этих группах детей. Комплаентность длительной терапии была крайне низка, и мы отказались от назначения антибиотиков на срок 3 недели. При анализе данных в группе детей, получавших 14-дневный курс терапии, число рецидивов ИМП после амоксициллина/клавуланата совпадало с частотой рецидивов после терапии цефалоспорином (5% и 6% соответственно). Судить о меньшем риске рецидивирования ИМП при терапии в течение 21 дня мы не могли в связи с малым количеством наблюдений (7 больных получали амоксициллин/клавуланат, 1 больной – цефтриаксон).

Антибактериальная профилактика в течение 12 месяцев после первого эпизода ИМП на фоне ПМР 1-2 степени или без него не сокращает частоту рецидивирования

Бакрадзе Майя Джамаловна, доктор медицинских наук, заведующая отделением диагностики и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН, тел. (495) 9671421; (916) 2569866; e-mail: bakradze@nczd.ru.

пиелонефрита. Лишь 3-я степень ПМР рассматривается как повод для назначения профилактики, которая не влияет на появление новых очагов нефросклероза вследствие рецидивирования ИМП. Мы сравнили эффективность противорецидивной терапии, которую получали 52 (37%) пациента, в том числе у больных с диагностированным ПМР. Среди больных, получавших нитрофурантоин или триметоприм/сульфаметаксозол, у 29 (55,7%) повторных эпизодов ИМП не было. У 23 (44,3%) пациентов в течение 36 мес. наблюдения отмечались рецидивы. Среди детей с ПМР у 50% получавших противорецидивную терапию повторные ИМП были, у половины – не было. Таким образом, в нашем исследовании проводимая противорецидивная терапия не влияла на возникновение повторных эпизодов ИМП.

Мы проанализировали прогностическое значение результатов УЗИ почек при первом эпизоде ИМП у детей с различным анамнезом. Среди пациентов без рецидивов ИМП изменения в почках выявлены в половине случаев (21/52%), из них пиелозектазия – у 47% больных, изменения в паренхиме почек в виде нарушения кровотока – у 29%, гидронефроз и/или мегауретер – у 21% пациентов. Среди больных с повторными эпизодами ИМП в анамнезе какие-либо отклонения по данным УЗИ почек отмечались более чем в 60% (21 больной): пиелозектазия – 40%, изменения паренхимы почек 15%, гидронефроз и/или мегауретер – 5%.

© Е.П. Чубова, В.С. Боташева, 2010
УДК 616.342–002–053.2–085

Литература

1. Bouissou, F. Prospective, Randomized Trial Comparing Short and Long Intravenous Antibiotic Treatment of Acute Pyelonephritis in Children / F. Bouissou, C. Munzer [et al.] // Pediatrics. – 2008 Feb 11 [Epub ahead of print].
2. Brian, S. UTI in Children / S. Brian, M.D. Alper [et al.] // American Family Physician – 2005. – Vol. 72, №12. – P. 2483-2488.
3. Conway, P.H. Recurrent Urinary Tract Infections in Children. Risk Factors and Association with Prophylactic Antimicrobials / P.H. Conway [et al.] // JAMA. – 2007. – Vol. 298, №2. – P. 179-186.
4. Doganis, D. Does Early Treatment of Urinary Tract Infection Prevent Renal Damage? / D. Doganis [et al.] // Pediatrics. – 2007. – Vol. 120. – P. 922-928.

Ключевые слова: инфекция мочевых детей, анти-микробная терапия, противорецидивная терапия

OPTIMIZATION OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF URINARY TRACT INFECTION IN CHILDREN

CHASCHINA I.L., BAKRADZE M.D.

Key words: urinary tract infection in children, antimicrobial therapy, antirecidence therapy

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

Е.П. Чубова, В.С. Боташева

Ставропольская государственная медицинская академия

Целиакия (глютеночувствительная энтеропатия) характеризуется мальабсорбцией вследствие иммуноопосредованного воспалительного повреждения слизистой оболочки тонкой кишки, пусковым фактором которого является потребление в пищу пшеничного глютена или родственных белков ржи и ячменя у генетически предрасположенных людей [1, 4].

Целиакия представляет собой распространенное, но достаточно сложное для диагностики и лечения заболевание. Несмотря на многолетнюю историю его изучения, отсутствуют универсальные критерии диагностики и этиотропного лечения. Поздняя диагностика обусловлена значительным клиническим полиморфизмом и отсутствием четких критериев диагностики целиакии и ее стадий [3]. Тем не менее диагноз может и должен быть поставлен своевременно с последующим назначением строгой безглютеновой диеты. Однако для ранней постановки диагноза необходимо многоплановое и всестороннее исследование ребенка с целиакией [2].

Цель исследования: на основании гистологического исследования биоптатов тощей кишки выработать четкие критерии диагностики целиакии.

Материал и методы. Материалом исследования послужили 297 биоптатов тощей кишки, направленных на гистологическое исследование в патологоанатомическое отделение МУЗ ГКБ № 4, которые были взяты у детей с гистологической тощей кишки, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении детской городской больницы им. Г.К. Филлипского за последние 5 лет. В качестве контроля мы использовали 30 наблюдений секционных случаев.

Биоптаты фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин по общепринятой методике и готовили срезы толщиной 5-6 микрон. Окраску препаратов проводили гематоксилином и эозином, по Ван Гизон, Маллори, альтиановым синим, толудиновым синим, Шик-реакция.

Результаты исследования. Из 297 изученных биопсий тощей кишки целиакия составила 130 (43,8%) случаев. Чаще целиакия встречалась у городских детей (96 случаев), реже – у сельских (34 случая). Гистологическая картина типичного клинического варианта целиакии характеризовалась атрофией слизистой оболочки с укорочением и деформацией ворсин, вплоть до полного их исчезновения. Эпителий ворсин был уплощен. При этом происходило увеличение

Боташева Валентина Салиховна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины СтГМА, тел.: 71-34-67, 8-909-759-09-46; e-mail: botach@mail.ru.