

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

INTESTINAL DYSBIOSIS AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

*M. Albakova
L. Bogatyreva
H. Albakova
D. Gagieva*

Summary. Urinary system infection (UTI) is a common bacterial infection that unites a group of diseases with the growth of microorganisms in the urinary system. Early diagnosis of urinary tract infection is difficult, especially in children of the first year of life [3, p. 32]. Young children are usually admitted to the hospital on the 2–3rd week from the onset of the first symptoms of the disease [1, p. 36]. In children of this age group, the processes of sclerosis of the kidney tissue occur more intensively than in older children [4, p. 84–91].

Sclerotic processes end with kidney shrinkage and cessation of its functioning [6, p. 93].

Keywords: children, pyelonephritis, urinary tract infection.

Албакова Маддан Хасолтановна

Доц., кандидат медицинских наук, Ингушский государственный университет
albakova2017@mail.ru

Богатырева Лидия Николаевна

Доц., кандидат медицинских наук, Ингушский государственный университет

Албакова Хадижет Асхабовна

Старший преподаватель, Ингушский государственный университет

Гагиева Долатхан Алиевна

Доц., кандидат медицинских наук, Ингушский государственный университет

Аннотация. Инфекция мочевой системы (ИМС) — распространенная бактериальная инфекция, объединяющая группу заболеваний, с ростом микроорганизмов в мочевой системе. Ранняя диагностика инфекции мочевых путей затруднительна, особенно у детей первого года жизни [3, с. 32]. Дети раннего возраста поступают в стационар обычно на 2–3-й неделе от момента появления первых симптомов болезни [1, с. 36]. У детей данной возрастной категории процессы склерозирования ткани почек наступают интенсивнее, чем у более старших детей [4, с. 84–91].

Склеротические процессы завершаются сморщиванием почки и прекращением ее функционирования [6, с. 93].

Ключевые слова: дети, пиелонефрит, инфекция мочевой системы.

Цель исследования

Изучение особенностей течения пиелонефрита у детей грудного возраста.

Материалы и методы

На основании историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении Детской Республиканской клинической больницы в течение 2019–2022 гг., проведен анализ заболеваемости пиелонефритом. Было обследовано 32 ребенка в возрасте от 5 месяцев и до 1-го года в активной стадии пиелонефрита.

Комплекс обследования включал в себя оценку состояния здоровья матери до и во время беременности, сроки первого прикладывания к груди, характер вскармливания на первом году жизни, перенесенные

ребенком заболевания. Диагноз пиелонефрита основывался на клинико-функциональных данных с учетом преморбидного фона, результатов лабораторного исследования, а также ультразвукового, рентгенологического, биохимического и бактериологического исследований.

Для бактериологического исследования использовалась моча, собранная утром из средней струи при естественном мочеиспускании. Посевы мочи производились до назначения антибактериальных препаратов, либо через 2–3-дневного перерыва в их применении, что приводило к элиминации лекарственных средств из мочи и обеспечивало достоверность результатов высева уропатогенов.

В целях выявления источника инфицирования органов мочевой системы (ОМС) изучали микрофлору кишечника количественным методом посева кала.

Результаты и их обсуждение

Исследование возрастной структуры больных пиелонефритом показало преобладание детей грудного возраста, составивших 1/5 от общего числа госпитализированных по поводу ренальной инфекции (32 из 162). Соотношения больных мальчиков (18) и девочек (14) составило 1:0,77.

К заболеванию были предрасположены дети 2-го полугодия жизни ($89,2 \pm 2,3\%$). Превалировал острый пиелонефрит ($89,2 \pm 3,5\%$) над хроническим рецидивирующим ($4,5 \pm 2,5\%$) и латентным ($6,5 \pm 3,0\%$).

Обструктивные формы заболеваний, обусловленные аномалией ОМС, имели место в $8,2 \pm 3,5\%$ наблюдений у детей грудного возраста. Сравнительно невысокий удельный вес обструктивных уропатий как фактора риска возникновения пиелонефрита у детей нефрологического стационара обосновывает поиск других значимых предрасполагающих факторов развития ренального микробно-воспалительного процесса.

Отягощенная наследственность по заболеваниям ОМС наблюдалась у $38,3\% \pm 5,8\%$ детей. Хронический и гестационный пиелонефрит у матерей выявлялся в $32,1\% \pm 5,9\%$ и $18 \pm 5,8\%$ наблюдений соответственно, поздний гестоз — в $48 \pm 6,4\%$, угроза прерывания беременности — в $45 \pm 5,3\%$, аднексит — $38 \pm 4,7\%$, железодефицитная анемия — $15,2 \pm 4,7\%$.

Анализ особенностей вскармливания выявил позднее (на 2–3-е сутки) прикладывание новорожденного к груди матери ($54 \pm 6,1\%$) и ранний (в первые 3 месяца) перевод на искусственное вскармливание ($71,5 \pm 5,8\%$).

Факторами, предшествовавшими развитию пиелонефрита, наиболее часто являлись интестинальные расстройства (диарея или запоры) — в $80,5 \pm 5,5\%$ наблюдений; редко ОРВИ — в $9,4 \pm 3,8\%$. У каждого 10-го ребенка причина пиелонефрита не была установлена.

При исследовании этиологической структуры выявлено, что пиелонефрит у грудных детей обусловлен в равной мере протейной ($47,5 \pm 5,8\%$) и эшерихиозной ($44,5 \pm 6,3\%$) инфекцией. Реже инфицирующими агентами были клебсиелла ($4,8 \pm 2,1\%$), кишечные иерсинии ($3,2 \pm 2,1\%$).

В бактериологическом аспекте имеются существенные различия в зависимости от пола: у большинства мальчиков ($73,5 \pm 7,1\%$) воспаление почечной ткани этиологически было связано с протейной инфекцией, а у девочек — с эшерихиозной ($75,9 \pm 6,9\%$) (рис. 1).

По оси абсцисс: 1 — протей; 2 — кишечная палочка; 3 — клебсиелла; 4 — кишечные иерсинии.

По оси ординат: частота встречаемости данных видов бактерий.

1. Рост возбудителя на питательных средах в диагностически значимой концентрации (□оздоровление женщины в предконцепционном периоде;
2. раннее первое прикладывание новорожденного к груди матери;
3. грудное вскармливание до 12–18 месячного возраста;
4. своевременная коррекция нарушений кишечного микробиоценоза, особенно у мальчиков, перенесших острую кишечную инфекцию протейной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагина Т.Г. и др. // Педиатрия. — 1989. — № 5. — С. 35–38.
2. Зыкова Л.С. Факторы персистенции уропатогенов в диагностике, прогнозировании и лечении пиелонефрита у детей: Дисс. ... д-ра мед. наук. — Оренбург, 1998.
3. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. Л.: Медицина, 1989. 432 с.
4. Коровина Н.А., Астафьева А.Н., Машковцева И.А. Диагностическое значение лабораторных и инструментальных методов исследования при пиелонефрите у детей раннего возраста // Педиатрия. — 1993. — № 3. — С. 89–94.
5. Максимова И.Г. // Урология и нефрология. — 1984. — № 5. — С. 18–21.
6. Цыгин А.Н., Комарова О.В., Сергеева Т.В. Инфекция мочевыводящих путей // Клинические рекомендации. Педиатрия / под ред. А.А. Баранова. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2005, С. 81–95.

© Албакова Маддан Хасолтановна (albakova2017@mail.ru), Богатырева Лидия Николаевна,

Албакова Хадиджет Асхабовна, Гагиева Долатхан Алиевна (albakova2017@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»