

Комментарии к статьям  
 Н.А. Коровиной и соавт.  
 «Диагностика и лечение пиелонефрита  
 у детей» [4]  
 и А.Н. Цыгина и соавт.  
 «К вопросу о протоколе лечения инфекции  
 мочевыводящих путей в детском возрасте» [6]

**М.С. Игнатова**  
**НИИ педиатрии и ДХ МЗ РФ, г. Москва**

Comments to the papers of N.A. Korovina et al. (2003, [4])  
 and of A.N. Tsygin et al. (2003, [6])

M.S. Ignatova

Инфекция мочевой системы – одно из наиболее распространенных заболеваний в нефрологии. Проблема инфекции мочевой системы (ИМС) выходит за пределы нефрологической и становится общепедиатрической [4]. Естественно, поэтому, когда возник вопрос о единообразии лечения больных с различными нефрологическими заболеваниями, то, в первую очередь, встал вопрос о тех патологических процессах, связанных с микробно-воспалительными изменениями, которые возникают в органах мочевой системы, включая почки и мочевыводящий тракт. Естественно, первыми к созданию протокола лечения микробно-воспалительных изменений в мочевой системе обратились сотрудники кафедры педиатрии РМАПО Н.А. Коровина и соавт., занимающиеся усовершенствованием знаний педиатров из различных городов России. Наиболее полно они представили эту проблему в руководстве для врачей в 2002 г. [3]. Неоднократно протокол диагностики и лечения ИМС обсуждался на конгрессах и конференциях Творческого объединения детских нефрологов. И хотя принципиальных различий в предложениях по сути поднимаемой проблемы нет, однако целый ряд деталей отличается между собой. Именно поэтому решено провести дискуссию на страницах журнала «Нефрология и диализ» с тем, чтобы расставить точки над «i» и помочь практическим врачам осуществлять целесообразные диагностические процедуры и адекватное лечение детям с ИМС. Безусловно, введение единого протокола при лечении ИМС не отменяет положения, что следует лечить не болезнь, а больного, поэтому каждый раз у постели конкретного ребенка врач-педиатр или педиатр-нефролог не должен забывать этого основополагающего принципа отечественной медицины.

Прежде всего, о терминологии: в мировой литерату-

ре функционирует термин UTI (urinary tract infection), однако прямой перевод на русский язык суживает взгляд на патологию, так как в этот термин вкладывается представление о заболеваниях не только мочевыводящего тракта, но и почек. Почка является, прежде всего, мочеобразующим органом и, по современным представлениям, выполняет еще целый ряд очень важных функций. Именно поэтому термин «инфекция мочевыводящего тракта», по-видимому, следует оставить для заболеваний мочевых путей и мочевого пузыря, а термин «инфекция мочевой системы» использовать, когда говорится о микробно-воспалительном процессе в органах мочевой системы без точного указания ее локализации. В монографии 1989 г. М.С. Игнатова и Н.А. Коровина [2] не выделяли специально «острый и хронический пиелонефрит», и это было сделано специально с позиций профилактической медицины, так как остро начавшийся процесс в почечной паренхиме может иметь продолжение, длительно оставаясь «скрытым» в связи с минимальностью проявлений, что не исключает развития склеротических изменений в тубулоинтерстиции с развитием почечной недостаточности. В «ESPN Handbook» V. Vaciulis и K. Verrier-Jones (2002) [5], говоря об остро протекающей UTI, указывают на возможность при этом поражения тубулоинтерстициальной ткани почек, а о хроническом пиелонефрите сообщают как о патологическом процессе, при котором отмечается склерозирование почечной паренхимы. Термин «пиелонефрит» представлен И.А. Борисовым [1] в руководстве для врачей «Нефрология» (2000) как неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, протекающий в лоханке и тубулоинтерстициальной ткани почек. Введение в определение «пиелонефрита» положения

**Адрес для переписки:** г. Москва, ул. Талдомская, д. 2, Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ  
**Телефон:** 488-51-13. Игнатова Матия Сергеевна  
**E-mail:** nephrolog@pedklim.ru

о деструктивных изменениях, как это сделано в комментируемой статье Н.А. Коровиной и соавторов, вряд ли охватывает все случаи микробного воспаления почечной паренхимы и касается, очевидно, случаев, протекающих с расплавлением ткани в виде абсцесса, карбункула почки. Правда, известно, что эта деструкция может следовать за недеструктивными изменениями при тяжело протекающем пиелонефрите, плохо поддающемся терапевтическим воздействиям. Термин ИМП как рост микроорганизмов в мочевых путях с *возможным* развитием локальных воспалительных изменений, представленный в комментируемой статье А.Н. Цыгина и соавт., вряд ли можно поддержать, так как в основу всех предлагаемых определений ИМС входит понятие воспаления, связанного с микробным влиянием. В этой же статье вводится термин «фебрильная ИМП», что еще более утяжеляет понимание представляемой патологии, так как известно, что клинически тяжелое течение ИМС происходит при повышении температуры тела, а отсутствие повышения температуры говорит либо об анергической реакции организма, либо о малоактивном воспалительном процессе. Несомненно, своевременно в статье А.Н. Цыгина с соавт. специальное внимание обращается на рефлюкс-нефропатию, которая развивается у детей с тяжелым ПМР и рецидивирующей ИМС, однако определение этого патологического процесса, данное в статье, несомненно, требует коррекции. В последнее время отмечается учащение случаев рефлюкс-нефропатии, что, по-видимому, связано как с увеличением частоты врожденных аномалий, в том числе и ПМР, так и с возможностями своевременной диагностики этого тяжелого заболевания.

В качестве пособия (или руководства для врачей) подробное представление о факторах риска развития ИМС, как это сделано в статье Н.А. Коровиной и соавторов, может быть дано, но если ориентировать врачей на протокол, то, по-видимому, можно ограничиться краткими определениями, тем более, что очень многое из перечисляемых факторов предрасположенности имеет место в случаях развития заболеваний других органов, а не только мочевой системы.

Указание на превалирование *E. coli* как микробного агента при развитии ИМС дано в обеих представленных статьях, хотя результаты касаются США (1988) и России (2000). Перечисляются и другие возбудители микробно-воспалительного процесса в почках и мочевом тракте. Частота их, по данным исследователей, различна. Это, очевидно, основание для мониторингования в различных регионах микробной флоры, повинной в развитии ИМС, с тем чтобы более целенаправленно назначать эмпирическую терапию больным до получения результатов бактериологического исследования непосредственно у больного ребенка.

Несколько отличным оказывается представление о тех диагностических процедурах, которые должны проводиться больному при ИМС. По-видимому, определенную роль сыграло то, что одним из соавторов А.Н. Цыгина был уролог, поэтому многие акценты смещены в пользу результатов исследований, проводимых при наличии обструкции мочевой системы. В то же время чрезвычайно полезно для врачей представление о том, насколько педантично следует наблюдать и обследовать ребенка, страдающего ИМС, как представлено в статье Н.А. Коровиной с соавторами.

Представление о начальной антибактериальной терапии при микробно-воспалительном процессе в мочевой системе единообразно в обеих статьях. Однако ни в одной из них не дается четкого представления о том, как долго следует использовать антибактериальные средства при развитии ремиссии. Обсуждается только вопрос о поддерживающей терапии при наличии ПМР. По поводу дополнительных терапевтических средств в виде антиоксидантов, иммуномодуляторов, фитотерапии, по-видимому, целесообразно поддержать мнение Н.А. Коровиной, специально занимающейся этими проблемами, и рекомендовать использовать указанные виды терапии, которые в настоящее время относятся к традиционным лечебным средствам.

В настоящее время Министерством здравоохранения РФ пропагандируется создание формуляров для лечения различных заболеваний. В их число, очевидно, попадет и ИМС. Дополнительно к протоколу предполагается давать перечень обязательных медикаментов, которые должны использоваться для лечения заболевания. Это тем более важно, что поставит перед администрацией лечебных учреждений требование обязательного приобретения этих лекарственных средств, что, естественно, улучшит лечебный процесс.

## Литература

1. Борисов И.А. Пиелонефрит. В кн. Нефрология (Руководство для врачей). Под редакцией И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2000: 383–399.
2. Игнатова М.С., Коровина Н.А. Инфекция мочевой системы и пиелонефрит. В кн. Игнатова М.С. Вельгицев Ю.Е. Детская нефрология. Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1989: 304–332.
3. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Гаврюшова Л.П. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей. М.: Медпрактика, 2002: 72.
4. Царегородцев А.Д., Игнатова М.С. Заболевания органов мочевой системы у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2001; 46; 4: 25–29.
5. Baciullis V., Verrier-Jones K. Urinary tract infection. In Book «ESPHandbook», ed. P. Cochat. Basel, Switzerland: Novartis Pharma AG 2002: 153–157.