

имевших ПМР II–IV степени, выявлены признаки рефлюкс-нефропатии.

Катамнестическое наблюдение за больными показало, что у 42 больных, по данным УЗИ почек, ЦДК и ДГ ухудшились показатели состояния паренхимы почек и внутривисцеральной гемодинамики: достоверно возросла конечная систолическая скорость, IR достоверно снижался прямо пропорционально степени тяжести рефлюкс-нефропатии.

Клинико-бактериологическая характеристика инфекции мочевой системы у детей

**Е.И. Данилова, А.А. Вялкова, А.И. Карпов, А.В. Тарасевич
г. Оренбург**

Инфекция мочевой системы (ИМС) – наиболее распространенное заболевание детского возраста.

Ключевым в решении проблемы диагностики и лечения ИМС является этиологический подход.

С целью клинико-бактериологической характеристики ИМС у детей нами проведено бактериологическое обследование 72 больных в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, находившихся на амбулаторном и (или) госпитальном этапах лечения.

Всем больным проведено полное нефроурологическое обследование (клинико-лабораторное, бактериологическое, функциональное, эндоскопическое, рентгеноурологическое), позволившее распределить больных с ИМС по нозологическим формам: пиелонефрит – 12 детей (16,6%), эндоскопически подтвержденный цистит – 9 детей (12,5%), ИМП – 24 ребенка (33,4%) и 27 детей (37,5%) с изолированной бактериурией.

Среди пациентов с ИМС преобладали девочки (78%). Частота ИМС у мальчиков была достоверно выше по сравнению с девочками в группе больных грудного возраста, ИМС у девочек в возрасте старше 3 лет встречалась достоверно чаще, чем у мальчиков (соотношение 5:1).

Анализ результатов бактериологического исследования мочи показал, что среди 124 уроштаммов, выделенных от 72 больных ИМС, преобладала грамотрицательная флора (68,3%).

При внебольничной и нозокомиальной ИМС у детей выявлены отличия видовой характеристики возбудителей. Внебольничная ИМС характеризуется однородностью этиологического фактора. Основным возбудителем (87%) является *E. coli*, реже (8%) – другие представители семейства энтеробактерий (*Pr. mirabilis*, *Kl. pneumonia*); в 15% изолирована из мочи грампозитивная флора (стафилококки, энтерококки). У большинства больных ИМС из мочи была выделена микрофлора в монокультуре.

Этиология госпитальных инфекций мочевой системы разнообразна: *E. coli* высевалась в 47,5% слу-

Результаты УЗИ почек, ЦДК и ДГ с оценкой состояния паренхимы почек в динамике, а также катамнестическое наблюдение больных с оценкой эффективности проводимой комплексной, корригирующей терапии позволяют на ранних стадиях ПМР выявить изменения в паренхиме почек и морфологические признаки развития рефлюкс-нефропатии.

чаев, *Pr. mirabilis* в 8,6% случаев, *Kl. pneumonia* в 8,6%, *Citrobacter* в 7,6%, *Pseudomonadae* – в 5,4%, энтерококки выявлялись у 6,4% больных, коагулазоотрицательный стафилококк у 2,5%, смешанная флора – у 12,4% детей.

Анализ характера этиологического фактора в зависимости от нозологии ИМС показал, что возбудителями ренальной ИМС у больных пиелонефритом в 68,3% случаев была кишечная палочка; в 15% – *Pr. mirabilis*, в 16,7% – *Kl. pneumonia*. Причем, первый эпизод ИМС пиелонефрита вызывался грамотрицательной микрофлорой (99,5%), чаще *E. coli* – 88%. При рецидиве ренальной ИМС, развившемся в 88,5% случаев в первые 6 месяцев заболевания, *E. coli* высевалась из мочи у 72% больных; *Pr. mirabilis* – у 12% больных; *Kl. pneumonia* – у 8%; *Citrobacter* – у 5%; стафилококки – у 3% больных.

При развитии ренальной ИМС у детей в возрасте до года в 85% случаев из мочи высевалась *E. coli*, тогда как пиелонефрит у детей старше 4–7 лет вызывался *E. coli* лишь у 30% больных. При цистите *E. coli* выделялась из мочи в 83%, стафилококк в 15%, грампозитивная флора – 2% больных.

В структуре диагностически значимой бактериурии ($>10^5$ и 10^{3-4}) доминировала *E. coli* (25,5% и 71,2% соответственно).

Таким образом, у больных ИМС наиболее частым этиологическим фактором является грамотрицательная энтеробактериальная флора, преимущественно *E. coli*.

Выявлены различия видовой характеристики возбудителей ИМС у детей различных возрастных групп, снижение частоты выделения *E. coli* с возрастом у детей:

- при внебольничных и нозокомиальных инфекциях мочевой системы;
- у больных с ренальной ИМС и инфекцией мочевыводящих путей (цистит);
- при первом эпизоде пиелонефрита или рецидиве ИМС.

Это учитывается при выборе эмпирической антибактериальной терапии.