

3. Ласица О. И. Формирование аллергических заболеваний у детей / О. И. Ласица, А. З. Акопян // Вісник соцігигієни і охорони здоров'я. — 2001. — № 3. — С. 12-15.

4. Шмидт Е. И. Роль бактерий в аллергии / Е. И. Шмидт, В. В. Тец

// Общая патология ; под ред. Г. Б. Федосеева. — СПб. : НормедИздат, 2001. — С. 51-78.

5. Juao T. Association of Mycoplasma pneumoniae antigen with initiation of bronchial asthma / T. Juao // Am. M. J. "Respir. Crit. Med.". —

2004. — Vol. 149, N 5. — P. 1348-1353.

6. Von Hertzen L. Chlamidia pneumoniae antibody in chronic obstructive lung disease / L. von Hertzen // Int. J. Epidemiol. — 2003. — Vol. 25, N 3. — P. 658-664.

УДК 616.61-002.828-053.3-08

А. А. Старикова, Л. И. Дмитриева, Т. А. Косюга, В. И. Босенко,
В. П. Прокопенко, М. В. Левицкий, Т. В. Паламарчук

СЛУЧАЙ ДВУХСТОРОННЕГО КАНДИДОЗНОГО БЕЗОАРА ПОЧЕК, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, У РЕБЕНКА ДВУХ МЕСЯЦЕВ

Одесский государственный медицинский университет,
Одесская областная детская клиническая больница

В последние десятилетия наблюдается значительный рост грибковой инфекции. Тяжелые формы микозов могут способствовать развитию осложнений, приводящих к инвалидизации больных и нередко — к летальному исходу. Чаще всего микозы вызываются дрожжеподобными грибами *Candida*. Описано более 170 биологических видов дрожжеподобных грибов, среди которых в 85–90 % случаев преобладает *Candida albicans*. Среди остальных видов *Candida* клиническое значение имеют *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. guilliermondii* [1; 2]. Кандидоз является нозокомиальной инфекцией, в 80 % случаев вызванной грибами рода *Candida albicans*. Грибы *Candida* — оппортунистическая инфекция, не представляющая угрозы для здоровых людей [1; 3]. Но при наличии факторов риска создаются условия для развития кандидозной инфекции. Факторами риска являются врожденные и приобретенные иммунодефициты, инвазивные методы диагностики и лечения, иммуносупрессивная терапия, длительная антибактериальная терапия, способствующая разви-

тию дисбиоза и колонизации госпитальными штаммами бактерий, оперативное вмешательство на желудочно-кишечном тракте, сахарный диабет [3; 4].

Одна из форм висцерального кандидоза — грибковая инфекция мочевыделительной системы. Этиологическими факторами кандидоза органов мочевой системы чаще становятся *Candida albicans* (50 %) и *Candida glabrata* (16 %).

Приводим собственное наблюдение.

Больной Б., двух месяцев, проживающий в г. Раздельная Одесской области, поступил в реанимационное отделение Одесской областной детской клинической больницы (ОДКБ) 25.11.2008 г. в связи с острой задержкой мочи (история болезни № 5860). Анамнестически выяснено, что ребенок от 1-й беременности; срок гестации — 37 нед.; масса при рождении — 2,3 кг; рост — 50 см. На 3-и сутки жизни оперирован в ОДКБ по поводу высокой кишечной непроходимости. Послеоперационный диагноз: врожденный порок развития — атрезия двенадцатиперстной кишки. Была проведена дуоденодуодено-

стомия. В послеоперационном периоде находился в отделении реанимации. Получал полное парентеральное питание, ИВЛ в течение 4 дней, инфузионную терапию, антибактериальное лечение (в течение месяца — цефотаксим, амикацин, меронем, коломицин). Энтеральное питание начато в возрасте 2 нед. Течение послеоперационного периода было гладким. Рана зажила первичным натяжением. Отмечена прибавка массы тела (вес при выписке — 2,5 кг). Выписан в удовлетворительном состоянии в возрасте 1 мес. Проведены нейросонография и эхокардиоскопия; патологии не выявлено.

Из анамнеза болезни известно, что ребенок с 24.11.08 г. (через 1 мес. после выписки из ОДКБ) стал беспокойным, отказывался от еды; отмечалась задержка мочеиспускания. В тяжелом состоянии 25.11.08 г. мальчик поступил в реанимационное отделение ОДКБ в связи с острой задержкой мочи. Ребенок был адинамичен, периодически беспокоен, бледен. Рвоты не было. Отечный синдром отсутствовал. Отмечались выраженная одышка (56 в ми-



нуту), тахикардия (130–150 в минуту). Живот был увеличен в объеме, напряжен; перистальтика выслушивалась. Стул — после клизмы. При катетеризации мочевого пузыря мочи не было.

Параклинически отмечались следующие изменения: нарастающая анемизация (гемоглобин — 95–64 г/л; эритроциты — 3,0–2,0 Т/л); азотемия (мочевина — 10,53–13,40 ммоль/л; креатинин — 0,33–0,42 ммоль/л); нарушение кислотно-основного состояния (КОС) (метаболический ацидоз: рН крови — 7,0; ВЕ = -9 ммоль/л) и водно-электролитного обмена (К — 3,1–8,3 ммоль/л; Na — 128,5–120,4 ммоль/л; гипопроteinемия — 45,0 ммоль/л). Эхоскопически было выявлено увеличение размеров обеих почек (правая — 74×42 мм при норме 56×24 мм, лоханка — 12 мм при норме 3–6 мм; левая — 74×46 мм, лоханка — 14 мм, паренхима обеих почек отечна). Скорость кровотока — 0,80–0,85 при норме 0,68–0,72. Результаты иммунологического обследования исключили один из вариантов первичного иммунодефицита — хронический слизисто-кожный кандидоз.

Тяжесть состояния, обусловленная стойкой анурией, азотемией, метаболическим ацидозом (ацидотическая одышка), электролитными нарушениями (сердечно-сосудистые изменения), результаты эхоскопического исследования почек позволили диагностировать анурическую стадию острой почечной недостаточности, возможно, на фоне обструктивной уropатии. Прогрессирующее ухудшение состояния, анурия на фоне нарастающей азотемии, гиперкалиемия, метаболический ацидоз послужили основанием для проведения по жизненным показаниям оперативного вмешательства — дренирования верхних отделов мочевыводящих путей. Была проведена операция 27.11.08 г. — пиелостомия. При ревизии правой почки — паренхима сохранена, мочеточник на всем протяжении расширен до 1 см в диаметре; лоханка и мочеточ-

ники заполнены большим количеством детрита — казеозоподобной массой желтого цвета (рис. 1). После вскрытия лоханки казеозоподобные массы удалены. Через мочеточник в мочевой пузырь проведен катетер. Проподимость мочевых путей восстановлена после промывания и введения пиелостомического дренажа. При ревизии левой почки — паренхима сохранена, мочеточник расширен на всем протяжении до 0,7 см в диаметре. После вскрытия мочеточника через катетер удалено большое количество казеозоподобной массы. Удалив детрит из лоханки и мочеточника, ввели уретеростомический дренаж. Восстановление проходимости мочевых путей привело к выделению через дренажи в течение первых суток после операции 780 мл мочи (правая почка — 400 мл, левая — 380 мл). При цитологическом исследовании детрита обнаружено большое количество спор и мицелия дрожжеподобных грибов *Candida albicans*. В общем анализе мочи, полученном после операции, также определялись грибы *Candida albicans*; белок — следы, лейкоциты — 5–8 в поле зрения, эритроциты — 0–1 в поле зрения. Послеоперационный диагноз: двухсторонний кандидозный безоар почек, осложненный анурической стадией острой почечной недостаточности ренального генеза. Послеоперационный период протекал без осложнений и характеризовался восстановлением диуреза, нормализацией азотемии (мочевина — 6,24–2,14 ммоль/л; креатинин — 0,12–0,05 ммоль/л), восстановлением КОС и водно-электролитного обмена (К — 5,0–3,0 ммоль/л), улучшением показателей красной крови (гемоглобин — 97 г/л; эритроциты — 3,2 Т/л). Катетеры из мочевого пузыря были удалены через сутки после операции. На 7-й день ребенок был переведен в урологическое отделение ОДКБ.

С учетом кандидозной этиологии заболевания в качестве базисного лечения ребенок по-



Рис. 1. Грибковый конгломерат — безоар, содержащий *Candida albicans*

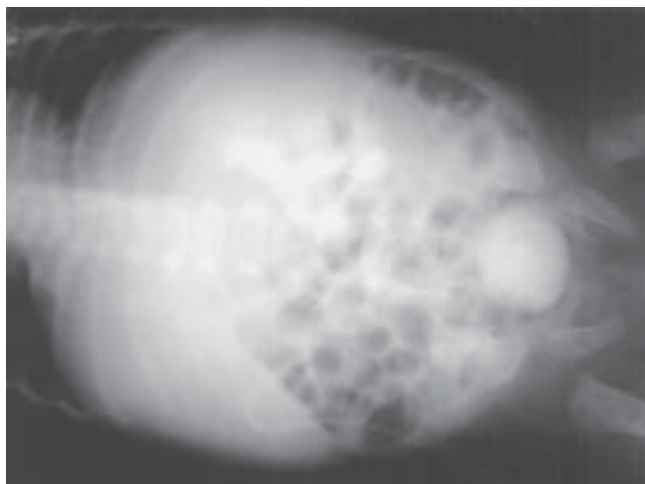
лучал системную антимикотическую терапию препаратом ВИФЕНД (VIFEND) — вариконазол (фирма Пфайзер Пi Джi ЕМ; Франция), имеющим широкий спектр антимикотической активности против всех видов *Candida*, включающий резистентные к флюконазолу штаммы. Препарат был назначен в дозе 4 мг/кг дважды в сутки в течение 2 нед. Побочных реакций на препарат не отмечалось. При повторных исследованиях мочи и крови грибов *Candida* не обнаружено. Синдромная терапия была направлена на коррекцию водно-электролитного баланса, ликвидацию расстройств гомеостаза, поддержание КОС.

С целью выяснения проходимости мочевыводящих путей в послеоперационном периоде были проведены экскреторная урография (через 10 дней после операции) и антеградная урография (через 3 нед. после операции). На внутривенных урограммах контрастирование чашечно-лоханочной системы не симметрично, отмечалась задержка контраста в левой собирательной системе. Контур мочеточников четко не прослеживались, но в мочевом пузыре было большое количество контраста (рис. 2, а). При проведении антеградной урографии (через 2 нед. после экскреторной урографии) определялось незначительное количество контраста в деформированной расширенной собирательной системе левой почки, в мочевом пузыре было незначительное количество контраста (рис. 2, б). Данные исследования свидетельствовали о за-





а



б

Рис. 2. Урография: а — экскреторная (задержка контраста в левой собирательной системе почки); б — антеградная (задержка выделительной функции левой почки)

держке выделительной функции левой почки. Ребенок был выписан через месяц после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра и уролога.

Особенностью данного клинического случая является наличие у ребенка наиболее тяжелого осложнения кандидозной инфекции — обструкции верхних мочевыводящих путей грибковым конгломератом — безоаром, содержащим грибы *Candida albicans*. Вероятными факторами риска кандидоза у больного стали недоношенность, оперативное вмешательство на желудочно-кишечном тракте, антибактериальная те-

рапия в послеоперационном периоде. Тяжесть состояния ребенка была обусловлена развитием анурической стадии острой почечной недостаточности. Своевременная диагностика, срочное хирургическое вмешательство — дренирование верхних отделов мочевых путей, системная антимикотическая терапия вариконазолом обеспечили благоприятный прогноз данного заболевания и сохранили ребенку жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткачик И. П. Кандидоз: актуальные аспекты проблемы, обоснование этиотропной терапии и профилактики / И. П. Ткачик // Клиническая ан-

тибиотикотерапия. — 2000. — № 5–6. — С. 47–53.

2. Няньковський С. Грибкова патологія на сучасному етапі. Значення в педіатричній практиці / С. Няньковський // Медицина світу. — 2002, квітень. — № 4. — С. 270–276.

3. Белобородов В. Б. Нозокомиальна кандидурія: алгоритм діагностики і лікування / В. Б. Белобородов, Л. А. Синякова // Consilium medicum. — Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. — 2003. — Т. 5, № 7.

4. Гельфанд Б. Р. Кандидозна інфекція в хірургії та інтенсивній терапії. Скорочений виклад / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гологорський, Е. Б. Гельфанд // Інфекції і антимікробна терапія. — 2000. — № 1. — С. 200–208.

УДК 616.61.-008.9

Т. В. Стоева, А. К. Копейка

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Одесский государственный медицинский университет

Анализ структуры заболеваемости нефрологического профиля у детей свидетельствует о неуклонном повышении удельного веса дисметабо-

лических нефропатий [1]. Современные особенности образа жизни, характера питания, экологической обстановки, нерациональное использование

медикаментозных препаратов создают предпосылки к дальнейшему росту обменной нефрологической патологии. В значительной мере актуальность

