



## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТЕКНАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЦИСТИТА У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА X

Хамидов Б.Х.  
Хуррамов Ф.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт  
г.Ташкент, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10682593>

### ARTICLE INFO

Received: 14<sup>th</sup> February 2024

Accepted: 19<sup>th</sup> February 2024

Online: 20<sup>th</sup> February 2024

### KEYWORDS

Препубертатный, жжения,  
отёк, дизурия.

### ABSTRACT

*В статье освещено лечение острого цистита у детей препубертатного возраста. Под наблюдением находились 80 пациентов в возрасте от 9 до 13 лет с острым циститом бактериального и грибкового происхождения и бактериальном вулвоуретритом. В ходе проведенной работы использованы: динамическое наблюдение за симптомами –боль, зуд и жжение в области половых органов, при осмотре – гиперемия и отечность, выделение. Произведено бактериоскопическое и бактериологическое исследования мазков с определением титра микробов, определение содержания аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) и уровня бекострубина в сыворотке крови. Лечение острого цистита бактериального и кандидозного происхождения, а также бактериальных уретритов текназолом показало убедительную эффективность.*

**Актуальность.** Несмотря на широкое применение в лечении острых и хронических форм цистита антибиотиков и антибактериальных средств, в литературе за последние годы констатируется заметное учащение этого заболевания среди всех возрастных контингентов и особенно среди детей. []

По данным ряд авторов цистит у детей рассматривают не только как наиболее частое заболевание среди всех прочих болезней мочевого тракта, но и как один из самых частых заболеваний в детском возрасте вообще [2,3,4].

Некоторые клиницисты увеличение частых инфицирования мочевых путей связывают с повышением числа инфекций любой локализации, наблюдаемых у детей в последние годы (ОРВИ, ангина, пневмония, инфекция полового тракта), распространением внутрибольничных инфекций значительной резистентностью микробов ко многим антибиотикам, широким распространением катетеризации



мочевого пузыря и увеличением числа различных инструментальных методов исследования. А также важную роль играет в увеличении процента различных аллергических заболеваний у детей, занимающих определенное место в генезе развития цистита [1,2,4].

В последние годы отмечаются изменения в спектре бактерий и в степени бактериурии, что по-видимому, связано с бесконтрольным применением антибактериальных препаратов.

По данным [2,3] из мочи детей, больных циститом, с одинаковой частотой выделяются кишечная палочка и стафилококк и часто стал высеваться протей и *Candida albicans*.

У 20% девочек диагностируется вульвит; гиперемия кожи промежности, больших и малых половых губ с распространением инфекционно-воспалительного процесса и на клитор.

У 20%, некоторых девочек определяется вульвовагинит в наряду с указанными выше изменениями отмечаются скудные белесоватые выделения из влагалища [2,3]. Развитию кандидозного уретрита, цистита, вульвовагинита способствуют изменения в организме, снижающие защитные силы. Обычно заболевание развивается на фоне гормональных нарушений, нарушения метаболизма белков, углеводов, витаминов, особенно у лиц часто болеющих респираторными заболеваниями (ОРВИ, ангина, синусит, тонзилит, заболевания органов пищеварения и др.)

Актуальность обусловлена не только распространенность и существенным влиянием данной патологии на качество жизни больных, но и возрастающей резистентностью микогриба, что может являться одной из причин рецидивов заболевания [5,6].

**Целью исследования** явилось изучение эффективности Текназола в лечении острого циститов бактериального и грибкового происхождения, а также бактериального вульвовагинитов и уретритов у детей.

**Материалы и методы:** В исследование включены 80 пациентов в возрасте от 9-ти до 13 лет лечившихся в урологическом отделении 2КХДБ №2 в течение 2013-2023 гг. по поводу острого и рецидивирующего цистита. Девочек было 56, мальчиков 24. Изучался соматический и репродуктивный анамнез, данные урологического осмотра. Дети подросткового возраста с наличием соматических или эндокринных заболеваний консультированы смежными специалистами и получали необходимые лечения.

Всем больным проведено клиничко-лабораторное обследование, урологическое обследование. Производилось бактериологическое обследование выделений из уретры и вульвы. Цитологию мазков проводили по общепринятой методике после окраски препаратов по Граму. Обращали внимание на клеточный состав мазка и флору. Бактериоскопическое и бактериологическое исследования мазков с определением титра микробов. Определение содержания аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) и уровня билирубина в сыворотке крови.



Воспалительные заболевания наружных половых органов в предпубертального и подросткового возраста занимают ведущее место среди урологических заболеваний детского организма.

Анамнестическое и динамическое наблюдение за симптомами – боль, зуд и жжение в области половых органов при осмотре – гиперемия и отечность выделения.

Основными симптомами острого цистита у детей являются боли внизу живота, учащенное болезненное мочеиспускание, наличие гноя в моче. Моча мутная. Боли усиливаются в конце акта мочеиспускания. При пальпации надлобковой области отмечается болезненность. Наблюдаются выраженная лейкоцитурия, альбуминурия до 0,99%, гематурия. При посеве мочи чаще всего выявляется кишечная палочка.

Существует достаточно большая группа детского населения у которых респираторные заболевания протекают достаточно регулярно, длительно и заканчиваются осложнениями это так называемые часто болеющие дети. Часто болеющим можно считать ребенка, если он переносит в течение года четыре и более эпизода острых заболеваний или если его индекс рассчитывается по формуле. Умножить количество перенесенных ребенком острых заболеваний: число месяцев наблюдения.

Часто болеющие дети представляют собой гетерогенную группу, объединённую по наличию общего признака, снижению резистентности и предрасположенности к повторным инфекциям преимущественно респираторного тракта. В структуре заболеваемости часто болеющих детей 81-83,2% занимает патология органов дыхания.

Эффективность лечения оценивалось на основании динамики жалоб больных, клинических признаков основного заболевания, сравнения лабораторных данных, УЗИ, цистоскопии до и после проведенного лечения. В комплексном антибактериальном, противовоспалительном лечении различных воспалительных заболеваний наружных гениталий. В первую группу включен 28 подростков с острым, а также 22 подростков рецидивирующим циститом кандидозным вульвовагинитом. Текназол назначался 30 больным – второй группы.

**Результаты и обсуждение:** Основной жалобой при обращении было дизурические явления боли внизу живота. Боли усиливаются в конце акта мочеиспускания.

При урологическом осмотре у половины обследованных диагностировано воспаление уретры и наружных половых органов.

Присутствие кандидозоподобных грибов при наличии большого количества эпителиальных клеток и лейкоцитов, свидетельствующих о наличии воспаления, обнаружено практически у всех больных 1 группы.

При бактериологическом исследовании у 56-и больных был получен рост грибов рода *Candida* и *E.Coli*, различная кокковая флора. У остальных подростков роста флоры не обнаружено. У 50 (89,2%) девочек до лечения в мазке обнаруживалось большое количество (30-40) количество лейкоцитов, что подчеркивало инфекционно-воспалительный характер заболевания. Показатели в крови уровень АЛТ, АСТ, билирубина при поступлении АЛТ (Е/л)  $18,9 \pm 186$ , АСТ (Е/л)  $22,2 \pm 0,58$ , билирубин (мг/л)  $12,0 \pm 0,68$ .



В 1 группе пациенток на фоне комплексного лечения уже вторые дни отмечалось значительное уменьшение жалоб на боли и рези при мочеиспускании, уменьшение выделений и 3 половых путей. Практически у всех больных отмечена полная элиминация возбудителя. После лечения концентрация АЛТ  $17,3 \pm 1,84$ , АСТ  $19,3 \pm 1,28$ , билирубина ( $10,9 \pm 0,69$ ) сравнились к нормальным показателям.

У всех подростков после лечения препаратом Текназола в сочетании антибиотиками микрофлора не высевалась, а количество лейкоцитов уменьшалось до 8-10 в поле зрения. Препарат Текназол ни в одном случае не оказывал негативного влияния на функции печени.

В комплексной антибактериальной лечении Текназолом больным назначался ежедневно в дозе 150 мг по 1 таблетки утром после еды в течение 7 дней. Контроль за эффективностью лечения осуществляли через 3-4 дня, а также через 2 и 4 месяца после завершения курса лечения. Результатами эффективности терапии Текназолом явились: улучшение – уменьшение субъективных и объективных признаков инфекции при положительном результате микроскопического или бактериологического исследования.

У пациентов II – группы, то ни у одной ни клинически, ни бактериологически не выявлено признаков развития обострения циститов, что в процессе лечения Текназолом не было выявлено ни одного случая аллергических непереносимости препарата.

Последовательность лечебных мероприятий включало: антибактериальную терапию, противогрибковую терапию, иммуностимулирующую терапию.

**Выводы:** Таким образом, большой опыт работы и полученные результаты позволяют рекомендовать нам включить в комплекс лечения против кандидозные препараты. Текназол в комплексном лечении острых, рецидивирующих циститов вульвитов, а также в профилактике развития кандидоза на фоне приёма антибиотиков широкого спектра. Препарат, удобным в применении, позволяющим добиться клинического выздоровления с полной элиминацией возбудителя.

## References:

1. Езерский Р.ф. – Пиелонефрит у детей – Л.; Медицина. 1977.
2. Ешмухамбетова С. Лечение хронического цистита и его осложнений у детей – Урол. и нефрол: 1978, №3, с. 49-53.
3. Люлько А.В., Мурванидзе Д.д., Возианов А.Ф. – Основы практической урологии детского возраста – Киев ; Высш. школа. 1984 г.
4. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология, руководство Москва, Медицина 1986.
5. Кузьмин В.Н. Клиника, диагностика и лечения кандидозно вульвовагинита. Мед. Жур. Доктор РУ- 2006 №6- с 45-48.
6. Мирзабалаева А.К. Кандидоз и актиномикоз гениталий у женщин. Автореферат дис. д-ра мед.наук СПб – 2002.