

УДК 616.61-002.3-053.2-08-084:615.281

П.Н. Марталог, Л.Г. Черемпей, М.П. Балануца, А.О. Чунту, Ф.В. Ченуша

Лечение и профилактика рецидивов пиелонефрита у детей

Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестемицану», г. Кишинев, Молдова

Цель — определить факторы риска, особенности клиники, микробиологический статус, эффективность антибиотикотерапии при лечении и профилактике рецидивов пиелонефрита у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 75 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет с пиелонефритом. Проводился сбор семейного анамнеза, уточнялся характер течения беременности, оценивалось состояние детей при рождении и особенности их развития на 1-м году жизни, определялась группа детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, наличие стигм дизэмбриогенеза, уточнялся характер патологии органов мочевой системы. Анализировались данные анамнеза и клинического течения пиелонефрита. С целью изучения спектра возбудителей пиелонефрита детям проводился посев мочи с определением степени бактериурии, вида микроорганизмов, чувствительности к антибиотикам (в активную стадию заболевания, после завершения лечения). Оценивался характер кристаллурии в разовых анализах мочи. Для определения возможных причин стаза мочи проводились ультразвуковое и рентгенологическое исследования. Изучались особенности антибактериальной терапии, направленной на ликвидацию микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевыводящих путях. Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с Протоколом диагностики и лечения пиелонефрита: клинически, лабораторно, инструментально.

Результаты. Подтверждена высокая клиническая эффективность ступенчатой схемы антибиотикотерапии при среднетяжелом пиелонефрите, при легких формах пиелонефрита использовался пероральный прием антибиотиков, препаратами выбора были цефалоспорины II–III поколения, реже — «защищенные аминопенициллины». Фитопрепарат Канефрон Н применялся в комплексной противорецидивной терапии пиелонефрита, поскольку этот препарат увеличивает продолжительность ремиссии, сокращает число рецидивов.

Выводы. Таким образом, на каждом этапе лечения пиелонефрита необходимо применять дифференцированный подход к выбору антибиотиков на основании результатов изучения структуры возбудителей пиелонефрита и их резистентности, с учетом локализации и выраженности процесса, возраста детей. Алгоритм антибактериальной терапии должен предусматривать начало лечения с учетом лидирующих позиций семейства *Enterobacteriaceae* в этиологии инфекций мочеполовой системы.

Ключевые слова: дети, пиелонефрит, лечение, антибактериальная терапия.

Введение

Инфекции мочеполовой системы (ИМС) являются одними из наиболее распространенных бактериальных инфекций, с которыми сталкиваются педиатры, и в настоящее время проблема ИМС стала общепедиатрической. Ежегодные популяционные исследования свидетельствуют о неуклонном нарастании частоты инфекции органов мочевой системы в детском возрасте [1, 5]. По сводным данным литературы, ИМС развиваются у 1–5% детей [1, 5, 7]. Среди факторов, обуславливающих развитие ИМС, наиболее значимыми являются нарушение уродинамики (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, обструктивная уропатия, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря); выраженность патогенных свойств микроорганизмов (определенные серотипы, способность кишечной палочки к адгезии на уроэпителии, способность протея выделять уреазу и др.); возрастная дисфункция иммунной системы детей; обменные нарушения (диабет, гиперуриемия, гипероксалурия); особенности строения, кровообращения, иннервации мочеполовой системы, морфофункциональная незрелость почек [1]. Также установлено, что факторами риска развития заболеваний почек являются патология органов мочеполовой системы в семье, патологическое течение беременности, нефропатии матери, наличие отягощенности семьи обменными заболеваниями, тератогенные влияния, частые заболевания детей вирусными инфекциями [1]. Малосимптомность и неспецифичность клинических проявлений заболеваний почек и мочевыводящих путей у новорожденных и детей первых трех лет жизни затрудняет своевременную их диагностику, что способствует хронизации процесса из-за позднего проведения адекватной терапевтической коррекции, риск рубцовых изменений в почках, задержка роста почки [7, 9, 10]. Получены убедительные данные об осложнениях ИМС у детей, в том числе наличие рубцовых изменений в почках в 5–25% случаев течения инфекции мочевых

путей. Поэтому знание диагностики ИМС и лечебной тактики является необходимым в практике врача на уровне первичной медико-санитарной помощи [1, 9].

Рациональная антибактериальная терапия определяет успех в достижении основных целей лечения ИМС — ликвидации или уменьшения выраженности воспалительного процесса в мочевых путях и почечной ткани. Раннее начало антибактериальной терапии, поиск оптимальных схем противорецидивной терапии позволяет уменьшить микробное поражение интерстиция и предотвратить развитие и прогрессирование нефросклероза [1, 4, 6]. Правильность выбора антибиотика зависит от локализации процесса (инфекция нижних и верхних мочевых путей), от наличия нарушений уродинамики (неосложненная и осложненная), от тяжести и анамнеза заболевания (количества предшествующих эпизодов болезни), предполагаемой или установленной этиологии заболевания. Практически всегда терапия ИМС начинается с эмпирического назначения антибактериальных препаратов [2, 3, 4]. В педиатрии особую проблему представляют увеличение количества больных с рецидивирующим течением ИМС на фоне нарушения уродинамики, обусловленной как органическими, так и функциональными причинами, неуклонный рост резистентности микроорганизмов к применяемым антибиотикам, смена структуры уропатогенов [1, 8]. Согласно существующим протоколам, на сегодняшний день в лечении пиелонефрита у детей предлагается использовать три ведущие группы антибиотиков: цефалоспорины (предпочтительнее III поколения), защищенные аминопенициллины и аминогликозиды. Из цефалоспоринов II поколения рекомендуется только цефуроксим. Такой подход оправдан и эффективен, так как включены препараты, высокоактивные в отношении наиболее частых возбудителей ИМС у детей. Длительность терапии определяется клинико-лабораторной картиной, при пиелонефрите курс лечения составля-

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ет около 14 дней. Подход к детям с нарушениями уродинамики должен быть индивидуальным и требует выяснения, к какой группе антибиотиков сохранилась чувствительность флоры [2, 7, 9].

Одним из щадящих подходов к антибактериальной терапии ИМС (и не только ИМС) является «ступенчатая» схема лечения (препарат назначается сначала парентерально, затем пероральный прием антимикробных препаратов того же поколения) [1, 4, 7, 9]. В рекомендациях Американской Академии Педиатрии указывается на то, что как пероральный, так и парентеральный прием антибактериальных препаратов одинаково эффективны в лечении пиелонефрита у детей [2].

Цель работы — изучить этиологический спектр возбудителей пиелонефрита; оценить терапевтическую эффективность дифференцированного подхода к выбору антибиотикотерапии при лечении и профилактике рецидивов пиелонефрита у детей.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клиники пиелонефрита у детей.
2. Определить спектр возбудителей пиелонефрита у детей.
3. Оценить эффективность антибиотикотерапии при лечении и профилактике рецидивов пиелонефрита у детей.
4. Изучить эффективность фитотерапии в комплексе противорецидивного лечения пиелонефрита у детей.

Материалы и методы исследования

В основу работы положены результаты комплексного обследования 75 детей в возрасте от 6 мес. до 12 лет с верифицированным диагнозом «пиелонефрит». Возраст детей варьировал: 6–12 мес. — 18 (24,0%) детей, 1–6 лет — 37 (49,0%) детей, старше 6 лет 20 (27,0%) детей; средний возраст детей составил $6,5 \pm 2,3$ года. Из них 45 (61,0%) составили девочки, 30 (39,0%) — мальчики. В активную стадию заболевания поступили 60 (80,0%) детей с острым пиелонефритом, 15 (20,0%) детей с хроническим пиелонефритом. Исследование включало сбор семейного анамнеза, уточнялся характер течения беременности, оценивались состояние детей при рождении и особенности их развития на 1-м году жизни, группа детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), наличие стигм дизэмбриогенеза, уточнялся характер патологии органов мочеполовой системы. Анализировались данные анамнеза и клинического течения пиелонефрита. С целью изучения спектра возбудителей пиелонефрита детям проводился посев мочи с определением степени бактериурии, вида микроорганизмов, чувствительности к антибиотикам (в активную стадию заболевания, после завершения лечения). Оценивался характер кристаллурии в разовых анализах мочи. Для определения возможных причин стаза мочи проводились ультразвуковое и рентгенологическое исследования. Изучались особенности антибактериальной терапии, направленной на ликвидацию микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевыводящих путях. Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с Протоколом диагностики и лечения пиелонефрита: клинически, лабораторно, инструментально.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование возрастной структуры больных пиелонефритом показало преобладание детей грудного и ранне-

го возраста, которые составили более 2/3 больных. Отягощенная наследственность по заболеваниям мочевыделительной системы нами выявлена в 41% случаев (хронический и гестационный пиелонефрит у матерей, воспалительные заболевания гениталий, поздний гестоз, выкидыш и угроза прерывания беременности, анемия, осложненное течение родов). Факторами, предшествовавшими развитию пиелонефрита, чаще всего являлись кишечные расстройства, ОРЗ, часто без причины. Характер течения инфекционного процесса у наблюдаемых нами детей имел достоверные отличия в зависимости от возраста ребенка. По нашим данным, у детей младшего возраста чаще отмечались жалобы на «немотивированное» повышение температуры тела или длительный субфебрилитет (до 81,0% детей), анемический синдром (49,0%), беспокойство ребенка, являющееся эквивалентом болей в животе (27,0%), кишечный синдром с преобладанием диареи (33,0%). Также выявлены малые аномалии развития у детей с пиелонефритом в 35 (46,3%) случаях. У детей старшего возраста, больных пиелонефритом, наблюдалась высокая частота дизметаболических нарушений — у 37 детей (49,0%). По данным УЗИ, микционной цистографии, реже экскреторной урографии, обструктивные варианты пиелонефрита (анатомически и функционально измененный мочевой тракт) имели место у 11 (14,6%) обследованных детей (все обследования и наблюдение совместно с врачом-урологом). Анализ особенностей клинического течения пиелонефрита у наблюдаемых детей позволил сделать вывод, что все они имели легкое или среднетяжелое течение заболевания, таким образом, они могут лечиться и в амбулаторных условиях [3, 6, 7].

На протяжении многих лет основной этиологически значимой микрофлорой при пиелонефрите является *E. coli*. При посеве мочи 42 (56,0%) обследованных больных имели диагностически значимую бактериурию. Среди них преобладали представители семейства *Enterobacteriaceae* (75,6%), главным образом *E. coli*, которая была высеяна у 41 ($54,6 \pm 5,3\%$) ребенка (с колебаниями в пределах 40,3–65,3% в зависимости от возраста), что соответствует результатам других исследований [1, 7]. В последние годы увеличивается роль *Klebsiella* при ИМС — у 12 (16,0%) детей, что необходимо учитывать при выборе антибактериальных препаратов. На втором месте — семейство грамположительных кокков (около 18%), из них чаще были *Staph. epidermidis*, *Str. pneumoniae*, доля патогенных дрожжевых грибов составила 2,1%. Следует отметить, что бактериальная этиология пиелонефрита у детей имеет определенные особенности в зависимости от возраста, условий возникновения инфекции, нарушения пассажа мочи. Инфекция мочеполовой системы чаще всего вызывается одним видом микроорганизма, выявление нескольких видов бактерий было характерно при хроническом течении ренальной инфекции. Также нами определялась чувствительность выделенных микроорганизмов к антимикробным препаратам основных групп. Таким образом, полученные данные соответствуют классическим выводам большинства исследователей утверждающих, что у детей с пиелонефритом в качестве уропатогена преобладает кишечная палочка [1, 2, 7].

В зависимости от течения заболевания, возраста детей, с учетом полученных данных по структуре возбудителей, нами применялся алгоритм антибактериальной терапии пиелонефрита у детей. На первом этапе лечения стартовая антибактериальная терапия проводилась эмпирически, основываясь на данных антибиотикочувстви-

тельности основных уропатогенов, циркулирующих в нашем регионе, и клиническом статусе пациента. Антибактериальную терапию начинали с назначения антибиотиков, чувствительных в отношении возбудителей семейства *Enterobacteriaceae*.

Парентеральный путь введения антибиотика использовался при среднетяжелом фебрильном течении пиелонефрита с последующим переходом на пероральный путь — «ступенчатая» терапия: на фоне максимальной активности воспалительного процесса в почках 55 (73,0%) детей получали цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в течение 2–4 дней. По мере купирования воспалительного процесса переходили на пероральный путь введения антибиотика. Чаще назначались «защищенные» пенициллины (амоксциллин/клавуланат), оральные цефалоспорины (цефиксим). Остальные 20 (27,0%) больных пиелонефритом детей получали антибиотики только перорально: препаратами выбора были амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины (цефуроксим, цефидим). Суммарная продолжительность основного курса составила не менее 14 дней, что соответствовало протоколам лечения пиелонефрита у детей [2, 4, 7]. При получении данных урокультуры проводилась, при необходимости, коррекция. Как показали результаты терапии, отчетливое клиническое улучшение в группе детей с пиелонефритом отмечалось у всех пациентов, к 12–14-му дню от начала терапии эффективность составила 95,8%. Все контрольные посевы мочи после завершения лечения свидетельствовали об эффективной эрадикации возбудителей на фоне проведенной терапии.

Одной из проблем реабилитации детей с пиелонефритом является выбор оптимальных схем противорецидивной терапии. По данным литературы, риск рецидива ИМС у детей составляет 12–30% спустя 6–12 мес. после первого эпизода инфекции. Как правило, рецидивы ИМС возникают у детей, имеющих аномалии органов мочевой системы, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря [6, 3, 10]. Нами назначалось противорецидивное лечение 19 пациентам (11 с обструктивной уропатией, 8 с 2 и более рецидивами). Больные получали противорецидивную терапию, включающую антибактериальные препараты, фитотерапию. Антибактериальные препараты назначались с учетом чувствительности к ним микрофлоры мочи и ее pH. Применялись следующие варианты противорецидивной терапии:

- Нитрофурантоин из расчета 1–2 мг/кг массы однократно в сутки, на ночь в течение от 4–6 до 12 нед. (или до ликвидации причины).
- Триметоприм-сульфаметоксазол из расчета 2 мг/кг/сут. по триметоприму однократно на ночь в течение 4–6 нед. Терапевтический эффект объясняется угнетением адгезивных свойств эпителиальных клеток, что препятствует реинфицированию

мочевого пути, а не только бактерицидным или бактериостатическим действием препарата.

Фитотерапия применяется как компонент комплексной терапии для профилактики рецидивов благодаря хорошей переносимости, возможности длительного применения, минимуму развития побочных эффектов, позволяет повысить качество лечения, снизить фармакологическую нагрузку. Канефрон Н — это комплексный фитопрепарат, обладающий диуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным, антиоксидантным эффектом, снижает риск образования камней. Нами использовался фитопрепарат Канефрон Н на амбулаторном этапе профилактической противорецидивной терапии в возрастных дозировках, 3 раза в день, по 2 недели каждого месяца в течение 3–6 мес., что позволило сократить частоту рецидивов заболевания.

Выводы

Рациональная, безопасная антибактериальная терапия во многом определяет успех в достижении основных целей лечения ИМС — ликвидации воспалительного процесса в мочевых путях и почечной ткани. В рекомендациях ВОЗ, Европейской и Американской ассоциации урологов указывается на высокую эффективность амбулаторного лечения неосложненных форм пиелонефрита у детей, также на то, что как пероральный, так и парентеральный прием антибактериальных препаратов одинаково эффективны в лечении пиелонефрита у детей [2, 4, 7, 9].

На основании результатов изучения структуры возбудителей пиелонефрита и их резистентности, с учетом локализации и выраженности процесса, возраста детей нами применялся дифференцированный подход к выбору антибиотиков на каждом этапе лечения. Алгоритм антибактериальной терапии предусматривал начало лечения с учетом лидирующих позиций семейства *Enterobacteriaceae* в этиологии ИМС. В качестве стартовой терапии использовались цефалоспорины III поколения, реже — «защищенные» аминопенициллины. При этом применялась ступенчатая схема антибиотикотерапии при среднетяжелом пиелонефрите, при которой препарат назначался сначала парентерально в течение первых 2–4 дней, а затем перорально до окончания полного курса. При легких формах пиелонефрита использовался пероральный прием антибиотиков, препаратами выбора были «защищенные аминопенициллины», цефалоспорины II–III поколения. Подтверждена высокая клиническая эффективность лечения пиелонефрита у детей при низкой частоте нежелательных реакций. Профилактическая противорецидивная терапия пиелонефрита назначалась детям при наличии более двух рецидивов, при обструктивной уропатии и проводилась низкими дозами уросептиков (нитрофурантоин, ко-тримоксазол) в течение 4–12 недель. Фитопрепарат Канефрон Н может применяться в комплексной противорецидивной терапии пиелонефрита, поскольку он увеличивает продолжительность ремиссии, сокращает число рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская нефрология / под ред. М.С. Игнатовой. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 696 с.
2. American Academy of Pediatrics: Section on Urology Response to New Guidelines for the Diagnosis and Management of UTI // Pediatrics. — March, 2012 [Electronic resource]. — Access mode: <http://pediatrics.aapublications.org/site/misc/reprints.xhtml>. — Title from screen.
3. Antibiotic Prophylaxis and recurrent urinary tract infection in children / C.J. Craig, M.J. Simpson, G.J. Williams [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 361. — P. 1748–1759.
4. Beetz R. Antimicrobial therapy of urinary tract infections in children / R. Beetz, M. Westenfelder // Int. J. Antimicrob. Agents. — 2011. — Vol. 38. — P. 42–50.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

5. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infection: incidence, morbidity and economical / B. Foxman // Am. J. Med. — 2002. — Vol. 113 (Suppl. 1A). — P. 5—13.
6. Long-term antibiotics for the prevention of recurrent urinary tract infection in children: a systematic review and meta-analysis / Bing Dai, Yawei Liu, Jieshuang Jia and Changlin Mei // ADC Online First, published on May 10. 2010 as 10.1136/adc.2009.173112.
7. Urinary Tract Infection in Children: Diagnosis, Treatment and Long-term Management: NICE Clinical Guideline. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 — Aug. — 148 p.
8. Wagenlehner F. Antibiotics and resistance of uropathogens / F. Wagenlehner, K.G. Naber // EAU Update Series. — 2004. — Vol. 2. — P. 125—135.
9. Williams G. Diagnosis and management of urinary tract infection / G. Williams, C.J. Craig // Comprehensive Pediatric Nephrology / ed. Mosby. — 2008. — 539—548.
10. Williams G. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children / G. Williams, J.C. Craig // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2011. — Vol. 3.

Лікування та профілактика рецидивів пієлонефриту у дітей

П.Н. Марталог, Л.Г. Черемпей, М.П. Балануца, А.О. Чунту, Ф.В. Ченуша

Державний університет медицини та фармації імені «Николая Тестеміцану», м. Кишинів, Молдова

Мета — визначити фактори ризику, особливості клініки, мікробіологічний статус, ефективність антибіотикотерапії при лікуванні та профілактиці рецидивів пієлонефриту в дітей.

Пацієнти та методи. Обстежено 75 дітей віком від 6 місяців до 12 років із пієлонефритом. Проводився збір сімейного анамнезу, уточнювався характер перебігу вагітності, оцінювався стан дітей при народженні та особливості їх розвитку на 1-му році життя, визначалася група дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, наявність стигм дизембріогенезу, уточнювався характер патології органів сечостатевої системи. Аналізувалися дані анамнезу та клінічного перебігу пієлонефриту. З метою вивчення спектра збудників пієлонефриту дітям проводився посів сечі з визначенням ступеня бактеріурії, виду мікроорганізмів, чутливості до антибіотиків (в активну стадію захворювання, після лікування). Оцінювався характер кристалурії в разових аналізах сечі. Для визначення можливих причин стазу сечі проводилися ультразвукове та рентгенологічне дослідження. Вивчалися особливості антибактеріальної терапії, спрямованої на ліквідацію мікробно-запального процесу в нирковій тканині та сечовивідних шляхах. Верифікація діагнозу проводилася відповідно до Протоколу діагностики й лікування пієлонефриту: клінічно, лабораторно, інструментально.

Результати. Підтверджена висока клінічна ефективність ступеневої схеми антибіотикотерапії при середньоважкому пієлонефриті, при легких формах пієлонефриту використовувалася пероральний прийом антибіотиків, препаратами вибору були цефалоспорины II—III покоління, рідше — «захисні амінопеніциліни». Фітопрепарат Канефрон Н використовувався в комплексній протирецидивній терапії пієлонефриту, оскільки даний препарат збільшує термін ремісії, скорочує кількість рецидивів.

Висновки. Таким чином, на кожному етапі лікування пієлонефриту необхідно застосовувати диференційований підхід до вибору антибіотиків на основі результатів вивчення структури збудників пієлонефриту та їх резистентності, з урахуванням локалізації та вираженості процесу, віку дітей. Алгоритм антибактеріальної терапії має передбачати початок лікування з урахуванням лідируючих позицій сімейства Enterobacteriaceae в етіології інфекцій сечостатевої системи.

Ключові слова: діти, пієлонефрит, лікування, антибактеріальна терапія.

The treatment and prophylaxis of pyelonephritis recurrences in children

P.N. Martalog, L.G. Cerempei, M.P. Balanuta, A.O. Ciuntu, F.V. Cenusha

State University of Medicine and Pharmacy «Nicolae Testemitanu» Kishinau, Moldova

Purpose: to identify the risk factors, clinic features, microbiological status, the effectiveness of antibiotic therapy in the treatment and prevention of recurrent pyelonephritis among children.

Patients and methods: there were observed 75 children from 6 months to 12 years with the pyelonephritis. There were collected family history, clarified the nature of the pregnancy course,

assessed the condition of children at birth and features of their development on the 1st year of life, defined the group of children with frequent episodes of acute respiratory infections, the presence of the dizembriogeneza stigmas, refined the character pathology of the urinary system.

It was analyzed the clinical history and clinical course of pyelonephritis. To study the spectrum of pathogens pyelonephritis children were conducted an urine culture to determine the degree of bacteriuria, species of micro-organisms, antibiotic susceptibility (in active stage of the disease, after the treatment completion). It was evaluated the nature of crystalluria in the single urine samples. To determine the possible causes of urine stasis it was carried an ultrasound and X-ray studies. It was studied the peculiarities of antibiotic therapy aimed on eliminating microbial-inflammation in the kidney and urinary tract. The diagnosis verification was carried out in accordance with the Protocol diagnosis and the pyelonephritis treatment: clinical, laboratory and instrumental.

Results: It was confirmed the high clinical efficacy of an antibiotic therapy scheme with medium-heavy pyelonephritis, with the milder forms of pyelonephritis it was used an oral antibiotics, there were the cephalosporins of II—III generation, rarely — «the protected aminopenicillins». The phyto drug Canefron-N was applied in an integrated preventive treatment of pyelonephritis, as it increases the duration of remission and reduces the number of relapses

Conclusion: thus, at each stage of the treatment of pyelonephritis it is necessary to apply a differentiated approach to the choice of antibiotics based on the of studying the pathogens pyelonephritis structure and its resistance, taking into account the localization and severity of the process, the age of children. An antibiotic therapy algorithm should include initiation of treatment with the leading position of the Enterobacteriaceae family in the etiology of the genitourinary system infections.

Key words: children, pyelonephritis, treatment, antibacterial therapy

Сведения об авторах:

Петру Никанорович Марталог — к.мед.н., доц., Департамент Педиатрии Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестеміцану», Кишинев, Молдова; тел.: (+373) 022 52-20-38.

Майя Петровна Балануца — ассистент, Департамент Педиатрии, Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестеміцану», Кишинев, Молдова; тел.: (+373) 022 52-20-38.

Людмила Черемпей — д.мед.н., проф., Департамент Педиатрии, Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестеміцану», Кишинев, Молдова; тел.: (+373) 022 52-74-26.

Ангела Орестовна Чунту — к.мед.н., доц., Департамент Педиатрии, Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестеміцану», Кишинев, Молдова; тел.: (+373) 022 52-74-26.

Флорин Валерьевич Ченуша — к.мед.н., доц., Департамент Педиатрии, Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестеміцану», Кишинев, Молдова; тел.: (+373) 022 52-74-26.

Статья поступила в редакцию 28.04.2014 г.