

УДК 616.61:616.36:616-053.4/5

Н.А. Хрушева, Л.Е. Сафронова, Н.С. Журавлева,  
Н.В. Котрехова, М.В. Аверченко

### БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И ПИЩЕВАРЕНИЯ

Уральская государственная медицинская академия

Боль в животе является частым симптомом различных заболеваний. Боль – это субъективное ощущение человека, которое врач должен повать и правильно интерпретировать. Локализация боли нередко является важным фактором, который помогает врачу установить источник боли и поставить правильный диагноз. Некоторым органам живота соответствует характерная локализация боли, но иногда локализация боли может давать не слишком много информации. Кроме того, дети раннего и дошкольного возраста не могут локализовать боль.

Абдоминальный скрининг является одним из показателей селективного скрининга заболеваний органов мочевой системы (ОМС) наряду с отягощенным анамнезом, артериальной гипер- или гипотонией, внешними малыми аномалиями развития и кристаллурией солей [4]. Многолетними исследованиями на кафедре детских болезней педиатрического факультета УГМА показано, что у 60-80% детей заболевания ОМС сочетаются с патологией желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Что же является причиной боли у этих детей?

Цель настоящей работы – проанализировать возможные причины абдоминального синдрома у детей с патологией ОМС.

#### Материал и методы

Наблюдение и обследование детей проводилось на базе нефрологического отделения и поликлиники Областной детской клинической больницы и Диагностического центра г. Екатеринбурга. В анализируемую группу были включены 197 детей с заболеваниями ОМС, имеющих на момент обследования жалобы на боли в животе. Это составило 72% от общего числа обследованных больных. Преобладающее число детей были дошкольного и младшего школьного возраста (75,7%). Соотношение девочек и мальчиков составило 2:1. Распределение детей по нозологическим формам нефрологической патологии представлено в табл. 1.

Таблица 1

Нозология	Количество детей
Острый гломерулонефрит	21
Хронический гломерулонефрит	32
Вторичный пиелонефрит	56
Тубулонтерстициальный нефрит	44
Ренфлюкс-нефропатия	12
Дисметаболическая нефропатия	25
Мочекаменная болезнь	7

Помимо традиционных лабораторно-инструментальных методов исследования, применяемых в нефрологии, использовались методы, позволяющие диагностировать заболевания органов пищеварения: биохимическое исследование крови, копрограмма, паразитологические исследования, эхокалция органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопия с морфологическим исследо-

ванием биоптатов желудка и 12-перстной кишки, фракционное дуоденальное зондирование с последующим микроскопическим, биохимическим и поляризационно-оптическим исследованием желчи, холестиография и эхохолестиография, ректороманоскопия, по показаниям – гепатосцинтиграфия.

#### Результаты исследований и их обсуждение

Комплексное клинико-лабораторно-инструментальное обследование детей с патологией ОМС позволило у 82% из них диагностировать патологию органов пищеварения, причем у 54% наблюдалась пораженность нескольких органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

Нарушение тонуса и моторики желчевыводительной системы выявлено у 2/3 детей (66,3%). Преобладающими были гипертонические состояния желчного пузыря, общего желчного протока и сфинктеров (74,1%), у 16% - гипотонус сфинктера Одди, у 9,9 - сочетанные нарушения функционального состояния различных отделов желчевыводящей системы. Не зафиксировано ни одного случая дискинезии по гипотонически-гипокинетическому типу, что объясняется молодым возрастом пациентов и небольшой длительностью течения заболевания. Обследование показало, что при длительности заболевания до одного года страдает лишь тонус сфинктерного аппарата, при давности патологического процесса 2-3 года вовлекается и сократительная функция стенок желчного пузыря. Снижение концентрационной функции желчного пузыря выявлено у 11% пациентов.

Хронический холестит выявлен у 12% больных, причем у 6 человек – на фоне желчнокаменной болезни. В дифференциальной диагностике воспалительных и функциональных поражений желчевыводительной системы использовался метод поляризационно-оптического анализа фазового состава желчи, получаемой при дуоденальном зондировании, информативность которого составляет 88,1% [8]. В желчи у 30% детей с признаками воспаления в желчном пузыре (специфические жидкокристаллические образования) наблюдались характерные кристаллы моногидрата холестерина, что свидетельствует о повышенной литогенности желчи. При наличии у детей сопутствующего панкреатита (10,3%) в препаратах печеночной порции желчи регистрировались сферолиты и/или массивные кристаллы суммарных липидов.

У 29 детей (14,7%) выявлен хронический гепатит, ассоциированный с HBV – у 13 больных, с HCV – у 9 пациентов, с CMV и HSV – по два, не уточненный – у 2, аутоиммунный – у одной пациентки. Нарушение функции ретикуло-эндотелиальной системы печени (по данным радиоизотопной диагностики) обнаружено у 2/3 больных с хроническим гепатитом. Из числа детей с сочетанной патологией почек и органов пищеварения, ассоциированной с HB-вирусной инфекцией, половина (50,5%) приходится на больных гломерулонефритом, из них 2/3 составляют пациенты с нефротическим вариантом заболевания. Клинически нефротическая форма гломерулонефрита, ассоциированного с HBV, является частично гормонорезистентной, с частыми рецидивами (более 2 раз за 6 мес.), затяжным течением, что отмечается и другими исследователями [3, 5]. HCV-инфекция чаще встречалась у детей с тубулонтерстициальными заболеваниями почек.

У 16,6% пациентов диагностирована гастроудоденит, у 3,5 - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 9,6 - дуодено-гастральные рефлюксы. У ряда детей определяется сочетание дуодено-гастральных и пузырно-мочеточниковых рефлюксов, что свидетельствует о наличии у них рефлюксной болезни [6]. Причем у 5 детей диагностирована семейный вариант рефлюксной болезни.

У каждого четвертого ребенка имелась патология кишечника: энтерит, колит, синдром раздраженного кишечника. У 1/3 детей выявлена глистно-паразитарная инвазия.

Функциональные заболевания органов пищеварения наблюдались у детей с высоким уровнем стигматизации и соматическими аномалиями развития, что позволяет расценивать их как проявление синдрома соединительно-тканной дисплазии [2].

Сочетанная патология ОМС и органов пищеварения у наблюдаемых детей развивалась на фоне наследственной предрасположенности по заболеваниям ОМС (38,6%), желудочно-кишечного тракта (48,6%), гепатобилиарной зоны (28%), нарушенного обмена веществ (36,4%).

Боли в животе и/или поясничной области у больных с патологией ОМС появляются вследствие раздражения болевых рецепторов, находящихся в капсуле почки или по ходу мочевыводящих путей. Это может происходить из-за отека паренхимы, увеличения почки в размерах и растяжения капсулы, появления субкапсулярных гематом при интраренальных рефлюксах, образования апостематозных очагов или карбункула почки вследствие нарушения уро- и гемодинамики при нефроптозе, при движении конкремента или его фрагментов и др. [1, 4, 6, 7]. Эти боли имеют самостоятельное значение. Однако высокая частота сопутствующей патологии органов пищеварения свидетельствует о том, что вероятной причиной болевого абдоминального синдрома у этих детей могут быть заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны.

#### Вывод

У детей с патологией ОМС при наличии жалоб на боли в животе необходимо проводить целенаправленный поиск заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, особенно при наличии отягощенного семейного анамнеза по болезням органов пищеварения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Выходцева Г.И., Челинцев К.Е., Драчев В.В. Характеристика обменных нефропатий у детей с хроническими гастроудоденитами // Материалы 1 Конгресса «Современные методы диагностики и лечения нефроурологических заболеваний у детей». – М., 1998. – С.28.
2. Гавалов С.М., Зеленская В.В. Дисторфогенез соединительной ткани и его влияние на течение некоторых хронических заболеваний // Консилиум. – 2000. - № 1 (11). – С.27-32.
3. Длин В.В., Асратян А.А., Рейзис А.Р. Частота маркеров НВ-вирусной инфекции у больных с нефротическим синдромом // Педиатрия. – 1991. – №7. – С.24-27.
4. Игватова М.С., Игватов С.И. Диагностика патологий органов мочевой системы // Статистические заболевания у детей (педиатрический семинар №1). – М., 1994. – С.187-209.
5. Клинико-патогенетические аспекты сочетанной гастро-энтерологической и нефрологической патологии у детей / Н.А. Хрушева, Л.Е. Сафронова, О.А. Свияжская и др. // X съезд педиатров России: Сб. научн. тр. – М., 2002. – С.317-318.
6. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. – М.: Медицина, 1990. – 198с.
7. Сочетанное поражение мочевой системы и желудочно-кишечного тракта / Л.В. Будакова, Н.В. Авдеевко, Д.В. Лосниа и др. // II съезд педиатров-нефрологов России. – М., 2000. – С.144.
8. Шарейбин А.А. Диагностическое значение анализа фазового состояния желчи в комплексной оценке состояния желчевыведительной системы у детей: Автореф. дис. ...к.м.н. – Свердловск, 1988. – 24с.

Г.А. Паур

#### К ВОПРОСУ О ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДЕЛЕЦИЙ ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗ М1 И Т1 У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Уральская государственная медицинская академия, Межрегиональный детский онкогематологический центр

Система глутатиона, в которую входят ферменты глутатион-S-трансфераза М1 (ГСТМ 1) и глутатион-S-трансфераза Т1 (ГСТТ 1), обезвреживает бенз(о)пирены и другие полициклические ароматические соединения, которые могут провоцировать развитие злокачественных новообразований. На сегодняшний день не существует единого мнения о роли ГСТМ 1 и ГСТТ 1 в развитии ОЛЛ. Проведенные ранее исследования показали, что ряд ученых обнаружили более высокую частоту встречаемости делеций ГСТМ 1 и ГСТТ 1 у больных с острыми лейкозами [1,2]. В то время как другие не находят взаимосвязи между исследуемыми генотипами и предрасположенностью к ОЛЛ [3].

Нами обследовано 204 ребенка с ОЛЛ, находившихся на лечении в Межрегиональном детском онкогематологическом центре г. Екатеринбург (зав. — к.м.н. Фечина Л.Г.). Возраст детей — от 8 месяцев до 14 лет. В качестве контрольной группы была выбрана госпитальная популяция ОДКБ №1, наиболее полно совпадающая по географическому и половозрастному составу с исследуемой группой детей с ОЛЛ. В контрольную группу было включено 498 детей в возрасте от 1 года до 16 лет. Подробная характеристика демографических показателей представлена в табл.1 Критерия исключения — дети младше года, а также дети с опухолевыми заболеваниями, циррозом печени, бронхиальной астмой. Это связано с тем, что ранее показано увеличение частоты встречаемости делеций ГСТМ 1 и ГСТТ 1 при вышеуказанных заболеваниях. И эта величина намного выше, чем в среднем в популяции [4].