

11. Шамсиев Ф.М. Структура заболеваемости органов дыхания в регионах республики. / Ф.М. Шамсиев, У.А. Каримов, Н.Д. Азизова // Вестник врача общего профиля / Самарканд – 2004 – №4.(32) – С. 113-115

12. Dombi V.H. Primary ciliary dyskinesia, immotile cilia syndrome, and Kartagener syndrome: diagnostic criteria. / Schweizerische Medizinisch Wochenschrift. J. Suisse de Med / V.H. Dombi, H. Walt / 1996 – V.126 – Nil – P.421-433

13. Kitz R. Immunoglobulin levels in bronchoalveolar lavage fluid of children with chronic chest disease. / R. Kitz / Pediat. Pulmon – 2000

УДК 616.61-008.6

Г.И. Мухаметшина, Д.В. Чехомова, Н.С. Журавлёва
СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра госпитальной педиатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

G.I. Mukhametshina, D.V. Chekhomova, N.S. Zhuravleva
THE STRUCTURE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS IN THE SVERDLOVSK REGION

Department of hospital pediatrics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: mygulnara@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены структура пациентов педиатрического отделения № 3 ГБУЗ СО "ОДКБ №1" с хронической почечной недостаточностью, особенности анамнеза и преморбидного фона.

Annotation. The article describes the structure of pediatric patients of hospital department №3 of State budgetary healthcare institution of Sverdlovsk region, Children's regional clinical hospital №1, with chronic renal failure, features of anamnesis and premorbid background.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, хроническая болезнь почек, перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почек

Keywords: chronic renal failure, chronic kidney disease, peritoneal dialysis, hemodialysis, renal transplantation.

Заболевания почек занимают важное место среди пандемий хронических неинфекционных болезней из-за значительной распространенности в

популяции, резкого снижения качества жизни, высокой смертности пациентов. Пациенты нуждаются в применении дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки [1]. Согласно данным Общероссийского регистра детей с хронической почечной недостаточностью (ХПН), в 2000 году диагноз ХПН был установлен у 1238 детей в возрасте от 0 до 18 лет, что составило 2,17 человек на 1 млн общей популяции [3]. Распространенность терминальной стадии ХПН в 2001 году 2,56, в 2002 г – 2,42 чел. на 1 млн общей популяции. Ежегодно от 4 до 6 детей на 1 млн детского населения до 15 лет нуждаются в почечно-заместительной терапии. В России, имеющей около 30 млн детского населения, ежегодно должно выявляться 150-250 детей, нуждающихся в проведении заместительной терапии [2]. В Свердловской области за 2015 года зарегистрировано 5 новых случаев детей с хронической болезнью почек разной степени тяжести. Всего диагноз ХПН установлен у 64 детей на общую численность детского населения Свердловской области (856 171 человек). Достоверная информация о распространенности ХПН у детей в целом по стране и регионам позволила бы оценить эффективность и определить тактику развития специализированной помощи этой категории больных [3]. В настоящее время по заданию Министерства Здравоохранения Российской Федерации продолжается работа по созданию регистра ХПН с учетом данных по Свердловской области. Публикация сведений за 2015 год ожидается на сайте Российского диализного общества во втором квартале текущего года.

Хроническая почечная недостаточность – клинический симптомокомплекс, обусловленный уменьшением числа и изменением функции оставшихся действующих нефронов, что приводит к нарушению гомеостатической функции почек, в частности, к снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ) более чем на 50%.

Периодизация ХПН основывается на показателях креатинина плазмы крови и СКФ, отражающих функциональное состояние почек, что позволяет оценить тяжесть повреждения по объему почечной функции и остаточному числу нефронов. [2]. I степень ХБП - клубочковая фильтрация выше или равна 90 мл/мин/1,73 м². Компенсированная стадия (II степень) - СКФ 89-60 мл/мин/1,73 м²; субкомпенсированная (III степень) - СКФ 59-30 мл/мин/1,73 м²; декомпенсированная (IV степень) – 29-15 мл/мин/1,73 м²; терминальная (V степень) – менее 15 мл/мин/1,73 м². [2].

Согласно классификации хронической почечной недостаточности по С. И. Рябову (1982) выделяют три стадии ХПН (латентная, азотемическая и уремическая), каждую из которых подразделяют на фазы А и Б, в зависимости от уровня лабораторных показателей.

Цель исследования – определение взаимосвязи между клинико-лабораторными показателями у детей с ХБП и степенью тяжести заболевания, выявление факторов, инициирующих развитие ХПБ у детей.

Материалы и методы исследования

Проведена ретроспективная оценка 59 историй болезни педиатрического отделения № 3 ГБУЗ СО "ОДКБ №1" г. Екатеринбурга. Среди пациентов, входящих в исследование, 35 мальчиков и 24 девочек (1,45:1) в возрасте от года до 17 лет (медиана 12,325±5,7 лет). В работе проведена оценка данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования. В контрольную группу вошли 9 практически здоровых детей такого же возраста.

Всем детям при поступлении в стационар проводилось комплексное уронефрологическое обследование, объем которого определялся степенью ХПН.

Для статистической обработки полученных результатов использовалась программа Microsoft Excel v.2007. Количественные переменные представлены в виде среднего арифметического значения ± стандартная ошибка среднего, качественные – в виде частоты события (в %). Достоверность различий между количественными показателями вычисляли с использованием парного t-критерия Стьюдента. Результаты лабораторно-инструментальных исследований представлены в единицах международной системы (СИ).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил 10,4 ± 4,9 лет. Средняя продолжительность заболевания - 5,3 ± 3,8 лет.

Таблица

Сопоставление стадии ХБП и ЗПТ

	Ист. ХБП	II ст. ХБП	III ст. ХБП	IVс т. ХБП	V ст. ХБП
Пациенты, не нуждающиеся в диализе	6	16	8	5	-
Гемодиализ	-	-	1	-	10
Перитонеаль ный диализ	-	-	-	-	7
Транспланта ция почки	-	-	-	-	6
Итого	6	16	9	5	23

Минимальный возраст пациента с терминальной стадией ХПН – 1 год, максимальный – 17, 8 лет. Средняя продолжительность болезни – 5,19 ± 3, 86 года. Пациенты с V степенью ХБП получают заместительную терапию – 10

детей на программном гемодиализе, 7 - на перитонеальном диализе, у 6 пациентов функционирующий почечный аллотрансплантант.

Все дети с ХБП (100%) были рождены от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (угрозой прерывания беременности, гестозами различной степени, преимущественно в I и II триместрах, признаками фето-плацентарной недостаточности). У половины (56%) беременных женщин отмечалась анемия легкой и средней степени, стойкое повышение артериального давления. Семейный анамнез по заболеваниям органов мочевой системы был отягощен у каждого второго (48%) ребенка. При внешнем осмотре больных с наибольшей частотой встречались следующие внешние малые аномалии развития (ВМАР): голубые склеры (79%), атопические складки нижних век (72%), сандалевидная щель (71%), гипертелоризм глаз и сосков (68%), широкий наружный завиток ушной раковины (58%), искривление мизинца (31%), варусная девиация IV-V пальцев стоп (28%). Внешние фенотипические признаки неспецифичны для патологии ОМС, но они являются проявлением эмбрионального дисморфогенеза, что не исключает наличие морфофункциональных нарушений со стороны внутренних органов. У наблюдаемых пациентов, в отличие от контрольной группы, достоверно чаще обнаруживались аномалии развития со стороны органов мочевой, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем ($p < 0,005$). У всех детей с ХБП III-IV степени отмечалось отставание в физическом и психомоторном развитии, артериальная гипертензия, анемия (1-3 степени), протеинурия, полиурия. Среди детей, не нуждающихся в заместительной почечной терапии (ЗПТ), у 16 детей (46%) соотношение масса/рост находилось ниже третьего коридора (выраженный дефицит массы тела – 8 детей). У 11 детей (31,4%) масса тела соответствовала длине тела. Среди детей, получавших гемо- и/или перитонеальный диализ, у двух детей (11,1%) отмечался выраженный дефицит массы тела, трое детей (16,6%) имели дефицит массы тела, у 8 детей (44,4%) – масса тела соответствовала длине тела. После операции трансплантации почек у троих пациентов (50%) массаростовые соответствовали 3-му коридору у одного ребенка (16%) – выраженный дефицит массы тела.

Наиболее часто ХБП развивалась на фоне рефлюкс-нефропатии (45,45%), кистозной дисплазии (20%) и гипоплазии почек (18,18%) (рис.).

У всех детей при поступлении для оценки тяжести состояния определялись следующие показатели: уровень креатинина и мочевины в сыворотке крови, протеинурия. Средние значения лабораторных показателей у детей, не получающих ЗПТ: креатинин $129,34 \pm 79,70$ мкмоль/л; мочевина $9,31 \pm 4,4$ ммоль/л; протеинурия $0,56 \pm 1,68$ г/сут. Наиболее высокие уровни показателей креатинина и мочевины отмечались у детей, получающих ЗПТ ($535 \pm 443,97$, мкмоль/л, $36,6 \pm 27,61$ ммоль/л соответственно), протеинурия составила – $1,25 \pm 1,64$ г/л. У пациентов, перенесших трансплантацию почки,

средний уровень креатинина составил $112,5 \pm 49,29$ мкмоль/л, мочевины $7,17 \pm 3,31$, суточная протеинурия $0,04 \pm 0,06$ г/л.

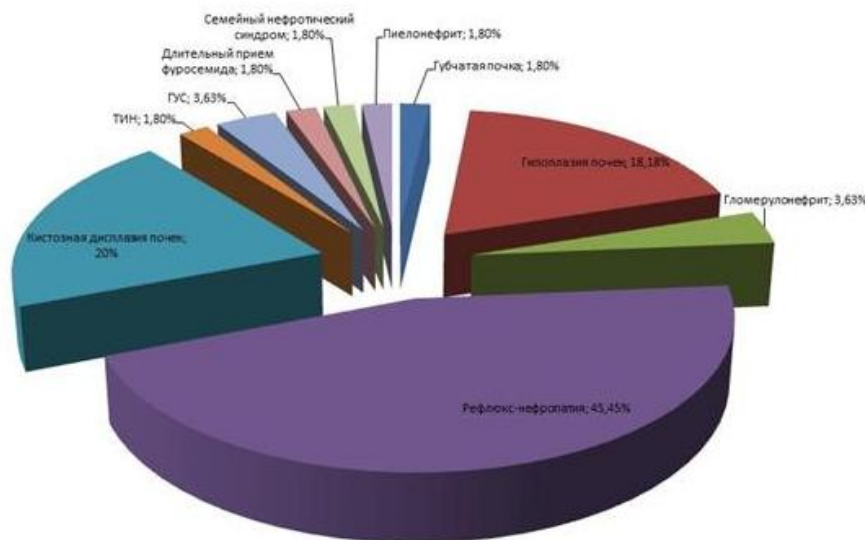


Рис. Факторы, инициирующие развитие ХБП у детей

Всех детей с ХПН можно разделить на 4 группы, в зависимости от тяжести состояния и получаемой терапии. (Табл.)

Выводы:

1. По результатам проведенного нами исследования можно сделать вывод, что развитие ХБП происходит у детей преимущественно школьного возраста, на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у матери, сопровождается формированием внешних малых и соматических аномалий развития, являющихся проявлением эмбрионального дисморфогенеза.

2. Факторами, инициирующими развитие ХБП, являются рефлюкс-нефропатия, кистозная дисплазия и гипоплазия почек. Уровень лабораторных показателей напрямую коррелирует со степенью тяжести почечной недостаточности.

3. ХПН, вне зависимости от степени тяжести, приводит к дисгармоничному физическому развитию более чем в половине случаев заболевания.

Литература:

1. Смирнов А.В. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. / А.В. Смирнов, Е.М. Шилов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюклов, И.Н. Бобкова, М.Ю. Швецов, А.Н. Цыгин, А.М. Шутов / Спб.: Левша – 2012 – С. 54

2. Эрман Э.В. Нефрология детского возраста: руководство для врачей/ Э.В. Эрман / СПб.: Спец.Лит – 2010 – С. 683

3. Российское диализное общество/ Электронный ресурс:
<http://wwwhttp://www.nephro.ru/index.php?r=site/pageView&id=24/> (Дата доступа:
12.03.2016)

УДК 616.23/.24-053.3/.4-07-02:578.835.12./13

Е.В. Некрасова, З.Ф. Хуснитдинова, Г.Д. Сакаева
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ
И ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней
Башкирский государственный медицинский университет
Уфа, Российская Федерация

E.V. Nekrasova, Z.F. Husnitdinova, G.D. Sakaeva
FEATURES OF DURATION OF BRONCHOPULMONARY DISEASES
ASSOCIATED WITH CYTOMEGALOVIRUS AND EPSTEIN-BARR VIRUS
INFECTIONS IN CHILDREN OF EARLY AGE

Department of children's diseases
Bashkir state medical university
Ufa, Russian Federation

Контактный E-mail: nekrasova-katya@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности клинического течения бронхолегочных заболеваний, ассоциированных с цитомегаловирусной и Эпштейн-Барр вирусной инфекциями у детей раннего возраста, находящихся на стационарном лечении во 2 педиатрическом отделении Клиники БГМУ в 2014-2015 гг. Приведены данные клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования в зависимости от формы и тяжести заболевания пациентов, результаты и оценка эффективности проведенного этиопатогенетического лечения.

Annotation. In the article the peculiarities of the clinical course of bronchopulmonary diseases associated with cytomegalovirus and Epste-Barr virus infections in children of early age, undergoing the treatment in the 2 pediatric Department of the Clinic of BSMU in 2014-2015. The data of clinical, laboratory and instrumental methods of examination depending on the type and severity of diseases of patients, results and evaluation of the effectiveness of etiopathogenetic treatment.

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, вирус Эпштейн-Барр, болезнь, дети.

Keywords: tsitomegalovirusny infection, virus Epstein-Barre, illness, children.