

ФРАКЦИОННАЯ ЭКСКРЕЦИЯ НАТРИЯ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛИТИАЗОМ И НЕФРОКАЛЬЦИНОЗОМ

© А. М. Мазо, А. И. Акопян, Н. А. Маянский, Е. М. Васильева, С. Н. Зоркин, А. Н. Цыгин

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность нефролитиаза возрастает в последние десятилетия. Существуют противоречивые данные о корреляции между экскрецией натрия и кальциурией у детей. Фракционная экскреция (ФЭ) натрия, как интегральный показатель функции канальцев, у детей с нефролитиазом и нефрокальцинозом не исследовалась.

ЦЕЛЮ РАБОТЫ

Исследовать фракционную экскрецию натрия, а также экскрецию кальция, оксалатов, уратов, фосфатов у детей с нефролитиазом и нефрокальцинозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 56 детей с уролитиазом, 9 детей с нефрокальцинозом и 30 здоровых детей от 7 мес. до 16 лет. В разовых и/или суточных анализах мочи и сыворотке крови определяли креатинин, кальций, фосфор, мочевую кислоту, магний, оксалаты, натрий, калий и фракционную экскрецию натрия. Проведен рентгенофазовый анализ 43 конкрементов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Метаболические нарушения выявлены у 24 (42%) детей с нефролитиазом: у 7 (12%) гиперкальциурия, у 4 (7%) — гипероксалурия, у 4 (7%) — гипомагниурия, у 4 (7%) — гиперфосфатурия, у 3 (5%) — цистинурия, у 1 ребенка с синдромом Леш–Найана —

гиперурикозурия и у 1 ребенка - гиперкальциурия с гиперурикозурией.

Причины нефрокальциноза: медуллярная губчатая почка у 5 пациентов, идиопатическая неонатальная гиперкальциурия у 2, ренальный тубулярный ацидоз у 1, болезнь Дента у 1. Гиперкальциурия выявлена в 55% у детей с нефрокальцинозом. Мы выявили, что фракционная экскреция натрия достоверно повышена у детей с нефролитиазом ($0,88 \pm 1,03\%$, $p < 0,05$) и с нефрокальцинозом ($0,49 \pm 0,39\%$, $p < 0,05$) по сравнению со здоровыми детьми ($0,29 \pm 0,20\%$). Корреляция ($p < 0,01$) между ФЭ натрия и экскрецией оксалатов, фракционной экскрецией фосфатов, уратов выявлена только у детей с уролитиазом (в т.ч. у детей без гиперкальциурии) и нефрокальцинозом. Зависимости между экскрецией натрия и кальция не выявлено, в отличие от других работ. ФЭ натрия не зависела от состава конкрементов. Возможно, что необходимым условием образования конкремента является совокупность сатурированной мочи и нарушение транспортных систем в почечных канальцах, отражением которых как раз и является фракционная экскреция натрия.

ВЫВОДЫ

Учитывая значимость натриуреза в формировании почечных конкрементов любого генеза, рекомендуется низкосолевая диета для предотвращения рецидивов уролитиаза у детей. Также ограничение натрия в диете рекомендуется детям с нефрокальцинозом.

СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

© Е. А. Москвина, В. В. Архипов, М. К. Кручина

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия;
Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность терапии синдрома артериальной гипертензии (АГ) у детей, подростков с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ДГБ № 1 г. Санкт-Петербурга. Обследовано 63 пациента с ХПН (средний возраст $14,1 \pm 0,4$ лет). Получено 238 протоколов.

Частота АГ при ХПН I стадии составила 23,1%, при ХПН II — 41,2%, при ХПН III — 75,0%, при ХПН IV — 65,8%. Различия встречаемости АГ на ранних и поздних стадиях ХПН достоверны ($p < 0,05$). АГ наблюдалась в 65,9% у мальчиков и в 49,1% у девочек ($p < 0,009$). Тяжесть АГ не зависела от стадии ХПН и возраста больного. АГ обусловлена не степенью нефросклероза, а характером основного заболевания и индивидуальными особенностями регуляции артериального давления. На ранних стадиях ХПН синдром АГ представлен у детей с хроническим тубулоинтерстициальным нефритом в 66,7–100% и дисплазией почек в 40–50%, с обструктивными нефропатиями в 6,7–26,7%. При ХПН III–IV различий частоты АГ в зависимости от основного диагноза не выявлено.

На момент обследования АГ скорректирована в 33,3% при ХПН I, в 57,1% при ХПН II, в 53,3% при ХПН III и в 70,8% при терминальной ХПН (42,3% с помощью гемодиализа (ГД) и диеты с ограничением соли и жидкости, 37,5% медикаментозно). Для лечения АГ у гемодиализных больных чаще других препаратов использовались ингибиторы ангиотен-

зинпревращающего фермента (93,5%) и диуретики (29%). Больные на ГД получали селективные β_1 -адреноблокаторы (55,8%) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (44,2%). Монотерапия проводилась в 63,9% у больных.

По данным эхокардиографии, у больных с АГ выявлена высокая частота гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) независимо от стадии ХПН (79,8–100%). У пациентов без АГ на гемодиализных стадиях ХПН ГЛЖ отмечена реже: при ХПН I не выявлена, при ХПН II — 12,5%, при ХПН III — 60,0%. В терминальной стадии ХПН частота ГЛЖ достигает такого же уровня, как у больных с АГ (77,8%).

ВЫВОДЫ

Частота АГ нарастает по мере прогрессирования ХПН. На ранних стадиях частота АГ зависит от этиологии ХПН. Для коррекции АГ наиболее часто используют ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Проводимая терапия не позволяет добиться коррекции АГ у значительной части больных с ХПН. АГ является фактором развития ГЛЖ на всех стадиях ХПН.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

© Я. А. Мунхалова, А. В. Горохова, С. Ю. Остобунаева, Л. А. Ермолаева, В. К. Никифорова

Северо-Восточный Федеральный университет имени М. К. Аммосова;
Якутский медицинский институт, кафедра пропедевтики детских болезней;
Республиканская больница № 1;
Национальный центр медицины, Педиатрический центр, Якутия

В последние десятилетия наметилась тенденция увеличения в детской популяции заболеваний органов мочевой системы. В среднем частота нефропатий в Республике Саха (Якутия) составляет 30,8 случаев на 1000 детского населения. Болезни почек и мочевыводящих путей отличаются большой вариабельностью патологического процесса от маломанифестных до тяжелых форм со скрытым началом и торпидным течением, а с другой стороны, отдельные формы нефропатий имеют прогрессирующий характер и осложняются хронической почечной недостаточностью. Поэтому раннее выявление, динамичное наблюдение и реабилитация таких больных, преобладание в работе участковых педиатров и педиатров-нефрологов, этапное оказание специализированной помощи детям с нефрологической патологией позволяет снизить показатели заболеваемости органов мочевой системы, уменьшить частоту инвалидности этой категории больных.

В условиях республики нефрологическая помощь детям включает 3 этапа — амбулаторно-поликлинический, госпитальный и реабилитационный. Следует отметить более ранний этап в диагностике и раннем выявлении патологии мочевой системы, предшествующий амбулаторно-поликлиническому этапу. Это этап антенатальной ультразвуковой диагностики патологии плода, который позволяет провести раннее обследование в периоде новорожденности и продолжить качественное динамическое наблюдение.

Основным звеном в раннем выявлении патологии мочевой системы является участковый врач детской поликлиники. Участковый врач готовит и направляет детей на консультацию к нефрологу, заполняет санаторно-курортные карты на детей. В республике имеется два нефрологических кабинета для консультативного приема детей с патологией мочевой системы: кабинет нефролога в консульта-