



пы. Первая группа — заболевания, которые наблюдаются у НР+ детей реже, чем у НР-, вторая — заболевания, которые встречаются у НР+ детей чаще, чем у НР-. В первую группу вошли следующие заболевания: синдром дисхолии (распространенность за три года у НР+ детей 57,56%), дуодено-гастральный рефлюкс (26,07%), рефлюкс-эзофагит (26,97%), хронический запор (7,32%), долихосигма (5,02%), астено-невротический синдром (4,44%), atopический дерматит (4,93%), псориаз (2,13%), синдром мальабсорбции (1,74%), ферментопатия (1,44%), дисбиоз кишечника (0,90%), бронхиальная астма (1,27%), аллергический дерматит (0,76%), сахарный диабет 1 тип (0%), энкопрез (0%), каскадный перегиб желудка (0%), синдром красной волчанки (0%), тубулопатия (0%), гепато-висцеральный синдром (0%). Вторую группу включают: хроническая билиарная дисфункция (распространенность за три года у НР+ детей 89,95%), панкреатопатия (58,18%), аномалия формы желчного пузыря (42,87%), лямблиоз кишечника

(23,12%), гепатомегалия (8,05%), вегето-сосудистая дистония (9,74%), мегаколон (4,51%), эрозивный бульбит (3,40%), ожирение (1,69%), дефицит массы тела (5,40%), токсокароз (0,89%), вторичный иммунодефицит (0,76%), жировой гепатоз (0,83%), хронический холецистит (5,38%), целиакия (0,89%), синдром Жильбера (1,65%), обострение простого герпеса (1,21%) и цитомегаловирусной инфекции (0,83%).

Таким образом, на основе проведенного анализа, мы выделили заболевания, которые сопутствуют НР ассоциированному ХГД реже, чем неассоциированному, что подтверждает теорию зарубежных ученых об амфибионтной роли НР в организме человека. В то же время, у нас имеются определенные расхождения с данными американских коллег по нозологическому составу первой и второй группы заболеваний. В целом же, полученные результаты заставляют нас переосмыслить роль НР в организме человека и начать поиск новых подходов к лечению НР-ассоциированных заболеваний.

Региональные особенности структуры хронической болезни почек (ХБП) у детей

Л. И. МАЗУР, Г. А. МАКОВЕЦКАЯ, В. А. БОЛТОВСКИЙ, Е. А. БАЛАШОВА,
Ю. Ю. БАЗРАНОВА, Ю. В. ХУДЯКОВА
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина, г. Самара.

УДК 616.61-002.2-053.2

Целью исследования стало изучение структуры ХБП у детского населения Самарской области, определение существующих региональных особенностей, уточнение рекомендаций по ведению данной группы детей для профилактики инвалидности.

Исследование осуществлялось в областном нефрологическом центре на базе СОКБ им. М. И. Калинина. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в течение 2006-2007 гг. Критерии включения в выборку: наличие ХБП (хронический гломерулонефрит (ХГН), тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН), хронический пиелонефрит). Термин ХБП и ее стадирование понимаются в соответствии с рекомендациями K/DOQI.

За данный период наблюдалось 420 человек. Наиболее часто встречается ТИН — 37,9%, на втором месте по частоте — хронический пиелонефрит — 33,1% и на третьем месте — ХГН — 29,0%. В динамике за два года отмечается нарастание частоты ТИН как в абсолютных, так и в относительных цифрах: с 35,4% до 40,3%.

Среди наблюдаемых детей, как в целом, так и по отдельным нозологиям, преобладает возраст от 8 до 14 лет — 49,0%. Для группы детей с хроническим пиелонефритом характерно наибольшее количество детей до 3 лет.

Ожидаемое преобладание девочек отмечено при хроническом пиелонефрите — 91,4%. Для других видов патологии характерно умеренное преобладание мальчиков: 59,8% при ХГН и 50,9% при ТИН.

Средний стаж заболевания — 6,2 года и для большинства детей — 34,0% — характерна длительность заболевания от 1 года до 5 лет. При этом для хронического пиелонефрита характерна как наибольшая частота детей с длительностью

заболевания до 1 года — 16,5% (ХГН — 10,7%, ТИН — 15,7%), так и с длительностью заболевания свыше 10 лет — 20,9% (ХГН — 19,7%, ТИН — 17,6%).

При анализе данных акушерского анамнеза обнаружены интересные тенденции: в динамике за два года виден рост всех видов акушерской патологии (гестозы с 13,3% до 17,4%, анемия во время беременности с 4,2% до 6,7%, хронический пиелонефрит во время беременности с 4,2% до 5,9%, угроза прерывания беременности с 7,9% до 10,7%, недоношенность с 4,2% до 5,5%, ХФПН с 2,5% до 8,3%). Отмечается связь ХГН с недоношенностью: частота в группе с ХГН 7,4%, тогда как при ТИН — 3,8%, а при хроническом пиелонефрите — 3,6%. Обращает на себя ассоциация хронического пиелонефрита ребенка с хроническим пиелонефритом у мамы во время беременности — 6,5% (при ХГН — 4,9%, а при ТИН — 3,1%).

В целом хроническая патология почек у родственников встречается в 28,8% случаев.

Интерес представляет вопрос о сочетании ХБП с другой хронической соматической патологией. В качестве сопутствующего диагноза мы выявили хроническую патологию различных органов и систем: патология пищеварительной системы, кожные заболевания, аллергические заболевания, патология эндокринной системы, гематологические заболевания и различная врожденная патология. Частота выявления сопутствующей патологии в динамике увеличилась с 16,7% в 2006 г. до 19,0% в 2007 г. Отмечается неблагоприятная тенденция по увеличению числа детей с диагнозом туберкулезом или выраженной туберкулезной пробой с 3,8% до 5,1%. Наиболее часто данная патология встречается при ХГН — 4,9% (при ТИН — 3,8%, при хроническом пиелонефрите — 4,3%). Так же для ХГН характерна и большая частота врожденной патологии — 4,1% (при ТИН — 3,8%, при хро-

ническом пиелонефрите — 2,2%). Наличие хронической инфекции более характерно для ТИН.

Урография позволила выявить органическую патологию почек в 20,5% случаев преимущественно при хроническом пиелонефрите — 37,4%.

Умеренные и выраженные нарушения функции почек по данным сцинтиграфии регистрировались с колебаниями в разные годы от 23,6% до 20,2%. Оценка данных сцинтиграфии с учетом нозологии основного заболевания показала, что наиболее тяжелые нарушения функции почек характерны для ХГН.

СКФ в нашем исследовании определялась по клиренсу эндогенного креатинина. I стадию ХБП по СКФ удалось установить только 4,8% детей. Как в целом, так и в отдельных

нозологиях отмечается преобладание III стадии ХБП. Однако в динамике отмечается увеличение частоты выявления тяжелых поражений почек: по пробе Реберга IV стадию ХБП в 2006 г. установили в 5,4% случаев, а в 2007 г. — 7,5%, V стадию в 1,3% и 2,0% соответственно. Неблагоприятная тенденция отмечается при ТИН: в динамике отмечается снижение частоты I и II стадии ХБП.

Несмотря на рост ХБП на территории, доля участия болезней мочеполовой системы в качестве причины в общей популяции детей инвалидов постепенно снижается с 2% в 1999 г. до 1,78% в 2007 г. Это связано с ранним выявлением ХБП и внедрением методов нефропротекции с использованием ингибиторов АПФ, хофитолоа, энерготропных препаратов.

Особенности формирования ренальной анемии при хронической болезни почек (ХБП) у детей

Л. И. МАЗУР, Г. А. МАКОВЕЦКАЯ, Е. А. БАЛАШОВА

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,

Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина, г. Самара.

УДК 616.155.194.616.61-002.2

Целью нашей работы стало изучение особенностей течения ранних стадий ХБП у детей на фоне ренальной анемии. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в период с I-2006 г. по IV-2008 г. в областном нефрологическом центре на базе СОКБ им. М. И. Калинина. Критерии включения в выборку: наличие ХБП в соответствии с рекомендациями K/DOQI. Дети с врожденной патологией почек из выборки исключены. Всего проанализировано 521 история болезни. Из них анемия преимущественно легкой степени тяжести наблюдалась в 26,4% случаев. Всех детей разделили на две группы по наличию или отсутствию анемии: I группа — без анемии, II группа — с анемией.

Отмечено стабильное преобладание девочек в обеих группах, но для II группы эта тенденция более выражена: I группа — 56,3%, II группа — 76,3%. Возраст большинства наблюдаемых детей в обеих группах от 8 до 14 лет.

Нозологическая структура ХБП у детей I группы выглядит следующим образом: наиболее часто встречается ТИН — 38,1%, почти так же часто — ХГН — 36,7% и на третьем месте — хронический пиелонефрит — 27,0%. Во II группе отмечается преобладание ХГН — 40,0% и увеличение числа детей с хроническим пиелонефритом по сравнению с I группой — 31,1%. Рецидивирующее течение встречалось значительно чаще во II группе, чем в группе без анемии — 31,1% и 19,7% соответственно. В то же время анемия наблюдалась как при обострении, так и при полной или частичной клинико-лабораторной ремиссии.

Ожидается чаще в группе с анемией отмечалась ХПН — 6,7%, тогда как в группе без анемии только 3,3%.

Для II группы характерен менее продолжительный срок заболевания (менее 5 лет): в I группе — 47,1% случаев, во II группе — 55,6%.

При анализе имеющихся данных акушерского анамнеза обнаружены интересные тенденции: в целом акушерская па-

тология встречается несколько чаще во II группе — 46,7% и 52,6% соответственно. Анемия во время беременности не влияет на частоту развития анемии у детей с ХБП: частота в I группе — 5,9%, во II группе — 5,2%. Отмечается связь с недоношенностью: частота в I группе 5,3%, тогда как во II группе — 8,1%, а так же с инфекцией во время беременности: 0,8% в I группе и 2,2% во II группе.

Частота выявления сопутствующей патологии во II группе реже, чем в I группе: 15,6% и 18,2% соответственно. То же относится и к хронической инфекции: 5,9% и 10,9%. Диагноз тубинфицирование или вираж туберкулиновой пробы встречается одинаково часто в обеих группах.

Для II группы характерно более частое выявление мочевого синдрома, особенно лейкоцитурии и протеинурии, а так же более частые изменения в биохимическом анализе крови в виде гипопропротеинемии, диспротеинемии и дислипидемии.

СКФ определялась по клиренсу эндогенного креатинина. III стадия ХБП выявляется в обеих группах с одинаковой частотой и является преобладающей — 21,7% в I группе и 22,2% во II группе. Однако для группы детей с анемией характерна меньшая частота I (7,4% и 5,9%) и II стадии (14,1% и 11,1%) болезни за счет увеличения числа детей с V стадией (в 2 раза чаще). В динамике повторно обследовались дети с ранее выявленной анемией — 44 человека. У 19 из них не менее двух раз проведено определение СКФ (один раз на фоне анемии и один раз при нормальном уровне гемоглобина). У 8 детей не удалось выявить зависимость между прогрессированием ХБП и наличием анемии, однако у половины из них анемия ассоциировалась с наличием выраженного мочевого синдрома. У 11 детей определена явная зависимость между снижением функции почек на ранних стадиях ХБП и возникновением анемии, причем в 5 случаях отмечалась нормализация уровня гемоглобина при регрессии основного процесса. Так же следует отметить высокую частоту совместного выявления анемии и снижения минеральной плотности костей.