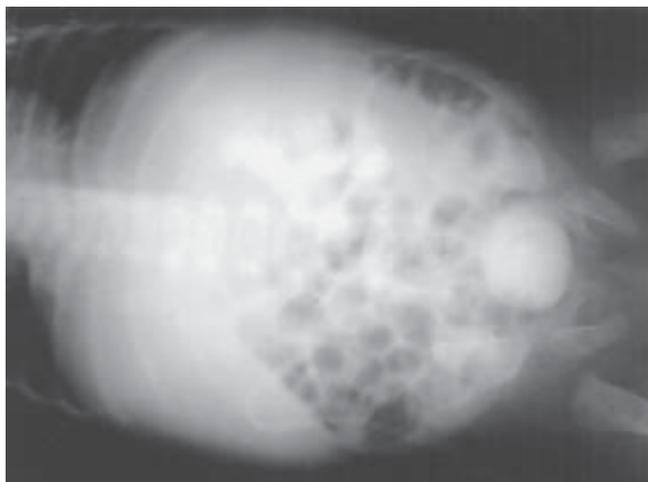




а



б

Рис. 2. Урография: а — экскреторная (задержка контраста в левой собирательной системе почки); б — антеградная (задержка выделительной функции левой почки)

держке выделительной функции левой почки. Ребенок был выписан через месяц после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра и уролога.

Особенностью данного клинического случая является наличие у ребенка наиболее тяжелого осложнения кандидозной инфекции — обструкции верхних мочевыводящих путей грибковым конгломератом — безоаром, содержащим грибы *Candida albicans*. Вероятными факторами риска кандидоза у больного стали недоношенность, оперативное вмешательство на желудочно-кишечном тракте, антибактериальная те-

рапия в послеоперационном периоде. Тяжесть состояния ребенка была обусловлена развитием анурической стадии острой почечной недостаточности. Своевременная диагностика, срочное хирургическое вмешательство — дренирование верхних отделов мочевых путей, системная антимикотическая терапия вариконазолом обеспечили благоприятный прогноз данного заболевания и сохранили ребенку жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткачик И. П. Кандидоз: актуальные аспекты проблемы, обоснование этиотропной терапии и профилактики / И. П. Ткачик // Клиническая ан-

тибиотикотерапия. — 2000. — № 5–6. — С. 47–53.

2. Няньковський С. Грибкова патологія на сучасному етапі. Значення в педіатричній практиці / С. Няньковський // Медицина світу. — 2002, квітень. — № 4. — С. 270–276.

3. Белобородов В. Б. Нозокомиальна кандидурія: алгоритм діагностики і лікування / В. Б. Белобородов, Л. А. Синякова // Consilium medicum. — Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. — 2003. — Т. 5, № 7.

4. Гельфанд Б. Р. Кандидозна інфекція в хірургії та інтенсивній терапії. Скорочений виклад / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гологорський, Е. Б. Гельфанд // Інфекції і антимікробна терапія. — 2000. — № 1. — С. 200–208.

УДК 616.61.-008.9

Т. В. Стоева, А. К. Копейка

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Одесский государственный медицинский университет

Анализ структуры заболеваемости нефрологического профиля у детей свидетельствует о неуклонном повышении удельного веса дисметабо-

лических нефропатий [1]. Современные особенности образа жизни, характера питания, экологической обстановки, нерациональное использование

медикаментозных препаратов создают предпосылки к дальнейшему росту обменной нефрологической патологии. В значительной мере актуальность



проблемы обменных нефропатий также определяют состояния, являющиеся конечным этапом дисметаболического процесса и обуславливающие развитие хронического заболевания почек [2].

В настоящее время проблема дисметаболических нефропатий требует решения большого количества вопросов. Прежде всего обращает на себя внимание неоднородность показателей по распространенности этой патологии у детей: согласно данным М. С. Игнатовой (2003), в РФ средний показатель распространенности составляет 1,4 ‰, а по результатам исследования Т. В. Холошиной (2007), в некоторых регионах Украины уровень достигает 6,4 ‰ [3]. В структуре нефрологической патологии у детей разных стран показатель дисметаболических нефропатий разнороден: по данным Г. В. Фоминых (2006), в РФ уровень колеблется от 27,3 до 55,6 %; по данным Н. М. Зайковой (2005), в Молдове уровень составляет 17,1 %, а по данным Г. Н. Саторова (2004), в Таджикистане этот показатель равен 12,8 %. Важно отметить, что приведенные данные несколько ниже по сравнению с результатами крупных популяционных исследований, проведенных в 80–90-х годах прошлого столетия. В то же время, необходимо подчеркнуть, что уровень распространенности мочекаменной болезни при этом остается стабильно высоким с тенденцией роста, что прослеживается в работах Ю. Г. Аляева (2003), И. С. Колпакова (2006), Т. А. Лариной (2007) [4].

Сравнительный анализ частоты встречаемости дисметаболической нефропатии и мочекаменной болезни проведен в работе Т. С. Щевелева (2003) [5]. По данным этого автора, соотношение частоты мочекаменной болезни и дисметаболической нефропатии у детей составило 18,75 и 81,25 %, у взрослых — 41,70 и 58,30 % соответственно. Следует полагать, что являясь фазами еди-

ного патологического процесса, дисметаболические нефропатии и мочекаменная болезнь должны иметь схожую направленность по уровню заболеваемости и его динамике. Поэтому мы считаем, что низкие показатели распространенности дисметаболических нефропатий не в полной мере отражают реальные данные, а отсутствие преемственности в диспансерном наблюдении детей и взрослых не позволяет проследить динамику и профилировать прогрессирование нефропатий.

Одной из причин низкого выявления дисметаболических нефропатий, возможно, является неоднозначное отношение к данной патологии в связи с отсутствием ее выделения в международной классификации болезней (МКБ 10). В то же время, эта классификация предусматривает большое количество состояний, сопровождающихся накоплением солей в почках, в рубриках «болезни почек» (N 11.9, N 15.8, N 16.3, N 20), «нарушения обмена веществ» (E 74.8, E 79.0, E 83.5), «отклонения от нормы в анализах мочи» (R 82) и др. Перечисленные состояния отражают различные этапы дисметаболического поражения почек — от солевого диатеза до нефролитиаза, но не в полной мере соответствуют клинической классификации, где выделяют 4 основные фазы патологического процесса: 1-я — доклиническая (диатез — кристаллурия), 2-я — клиническая (дисметаболическая нефропатия), 3-я — трансформация в интерстициальный нефрит, вторичный пиелонефрит, 4-я — нефролитиаз.

В настоящее время понятие «дисметаболическая нефропатия» не унифицировано, не разработаны и не утверждены протоколы по диагностике и ведению данной категории больных, в практическом здравоохранении используются различные критерии для диагностики обменных нефропатий.

В связи с этим необходимо проведение комплексной оцен-

ки клинико-anamnestических данных и применение лабораторных методов обследования, позволяющих не только подтвердить диагноз обменной нефропатии, но и выявить метаболические нарушения еще на доклиническом этапе развития дисметаболической нефропатии.

Целью данной работы стало изучение различных анамнестических факторов и их значимости в развитии дисметаболической нефропатии для формирования групп риска и прогнозирования развития заболевания.

Материалы и методы исследования

Для выделения факторов риска развития кристаллурических нефропатий проводился ретроспективный клинико-anamнестический анализ 300 детей с диагностированной дисметаболической нефропатией. С целью регистрации данных была разработана индивидуальная карта учета, предусматривающая изучение различных факторов, их значимости, стабильности, времени действия, модифицированности. Для анализа были отобраны 60 качественных признаков, которые могут обуславливать развитие обменной нефропатии у детей. В группу исследуемых признаков включали: соматическое состояние родителей и близких родственников (наличие в анамнезе заболеваний мочевыделительной системы, обменной патологии, генетических заболеваний), профессиональные вредности у родителей (вибрация, контакт с лакокрасочными продуктами, биологические факторы), патологическое течение беременности у матери (наличие в анамнезе абортов, гестозы 1-й и 2-й половины, угроза прерывания беременности, анемия беременных, гестационный пиелонефрит, повышение артериального давления), осложненное течение родов, наличие перинатальной энцефалопатии, конституциональные особенности ребенка, характер вскармливания на первом году жизни (ис-



кусственное вскармливание, использование неадаптированных смесей, грудное вскармливание и его сроки), семейные пищевые приоритеты, наличие у ребенка в анамнезе сопутствующей патологии (анемия, частые простудные заболевания, очаги хронической инфекции, вегетативная дисфункция, ожирение, функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта в виде дискинезии желчевыводящих путей, вторичных ферментопатий, запоров, рецидивирующих кишечных инфекций, гельминтозов, воспалительных заболеваний генитальной сферы), эпизоды повышения артериального давления, боли в животе и поясничной области, немотивированные подъемы температуры, а также наличие в анамнезе дефектов ухода за ребенком.

Статистические расчеты и оценка полученных данных осуществлялись с применением программы STATISTICA 5,5a. Изучение влияния факторов риска на развитие дисметаболической нефропатии проводилось методом факторного анализа (центроидный метод), позволяющего учитывать большое количество различных параметров, выделять наиболее значимые за счет определения факторной нагрузки. Определялась нагрузка факторов первого и второго ряда. При высокой ($>0,7$) и средней ($>0,5$) факторных нагрузках (ФН) проанализированные признаки определяли вероятность развития дисметаболической нефропатии.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным проведенного ретроспективного анализа историй болезни было выявлено, что диагноз дисметаболической нефропатии установлен у 32 % пациентов только на основании кристаллурии, у 44 % — при сочетании кристаллурии с наличием гиперэхогенных включений при УЗИ почек и у 24 % — при наличии отклонений в результатах биохимиче-

ских исследований. В случае развития мочекаменной болезни только у 10 % пациентов предварительно был выставлен диагноз — дисметаболическая нефропатия. В то же время, анализ, проведенный по данным лабораторной службы, выявил высокую частоту кристаллурий у детей, не имеющих нефрологической патологии. Так, выборочное исследование показало, что на 1000 обследованных приходится 260 детей с наличием кристаллурии разных типов и степеней выраженности. При этом только 7 % из данного контингента детей проходили дальнейшее плановое обследование и были взяты на учет, а основная масса оставалась без внимания стационарной и амбулаторной службы.

Таким образом, при отсутствии четких диагностических критериев диагноз дисметаболической нефропатии устанавливается в некоторых случаях только на основании однократного выявления кристаллов в мочевом осадке. С другой стороны, недооценка факторов риска возникновения и несовершенство методов доклинической диагностики приводят к позднему выявлению метаболических нарушений, нередко уже на этапе развития мочекаменной болезни.

В результате факторного анализа были выделены определенные гендерные особенности. У девочек фактор первого порядка включал следующие признаки: избыточная масса тела (ФН 0,7), короткий период грудного вскармливания (ФН 0,7). Фактор второго ряда представляли конституциональные особенности в виде лимфатико-гипопластического варианта (ФН 0,6), нейроритического варианта (ФН 0,6), а также сопутствующая патология в виде вторичных ферментопатий (ФН 0,65).

В группе мальчиков отмечались схожие тенденции, а также выявлялись дополнительные особенности. Фактор первого ряда включал следующие признаки: избыточная масса те-

ла (ФН 0,6), наличие аллергии в анамнезе (ФН 0,5), сопутствующая хроническая патология в виде хронического тонзиллита (ФН 0,5), короткий период грудного вскармливания (ФН 0,5). Особенности фактора второго порядка: признаки конституциональных аномалий (ФН 0,7), наличие сопутствующей патологии в виде дискинезии желчевыводящих путей (ФН 0,71) и вторичной ферментопатии (ФН 0,56), а также наличие в анамнезе признаков дисбиоза (ФН 0,65).

С учетом преобладания в спектре дисметаболических нефропатий состояний, обусловленных нарушением обмена щавелевой кислоты, проводили факторный анализ при оксалурических формах заболевания. По данным проведенного исследования, частота оксалурии относительно пола детей составляла 63 % у девочек и 37 % у мальчиков. Для оксалатной нефропатии также определялись факторы первого и второго порядка. Характерными для фактора первого порядка были особенности питания детей на первом году жизни, а именно раннее искусственное вскармливание (ФН 0,58), наличие хронической патологии в анамнезе в виде хронического аденоидита (ФН 0,56), энтеробиоз в анамнезе (ФН 0,56), сопутствующий синдром вегетативной дисфункции (ФН 0,5), наличие баланопостита (ФН 0,6). Фактор второго порядка включал: отягощенную наследственность по патологии почек (мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит) по материнской линии (ФН 0,59), особенности конституции ребенка в виде экссудативно-катарального диатеза (ФН 0,63), лимфатико-гипопластического диатеза (ФН 0,6), наличие сопутствующей хронической патологии в виде хронического тонзиллита (ФН 0,66) и дискинезии желчевыводящих путей (ФН 0,54), а также наличие у ребенка сколиоза (ФН 0,54).

Результаты клинико-анамнестического исследования, по-



мимо факторного анализа, были обработаны методом кластерного анализа, целью которого является объединение признаков в группы (таксономии) с использованием качеств подобия. Объединение кластеров с построением дендрита осуществлялось по принципу наибольшего подобия, с применением правила «ближайшего соседа». В данном случае за степень подобия принималось влияние признаков по схожим патогенетическим механизмам. В кластерном анализе исследовались признаки факторного анализа, формировавшие нагрузку 1-й и 2-й степени. Среди вышеупомянутых признаков сформировались следующие группы для дисметаболических нефропатий: 1-я группа — особенности конституции в виде лимфатико-гипопластической и нейроартритической аномалий конституции, избыточный вес, нерациональное вскармливание; 2-я группа — вторичные ферментопатии с характерными изменениями по данным УЗИ.

Результаты кластерного анализа для оксалатной нефропатии позволили сформировать следующие группы признаков:

1-я группа — сколиоз, отягощенная наследственность нефрологического профиля по линии матери, лимфатико-гипопластический диатез, баланопостит, энтеробиоз, в анамнезе, хронический аденоидит; 2-я группа — нерациональное вскармливание, экссудативно-катаральная конституциональная предрасположенность, дискинезия желчевыводящих путей. Признаки 1-й и 2-й групп объединила 3-я группа. В 4-й группе независимо определялся признак — хронический тонзиллит, а в 5-й группе — синдром вегетативных дисфункций. Следовательно, сформированные с помощью кластерного анализа группы признаков не только отражают склонность к патологии, но и позволяют определить другие патогенетические сопутствующие состояния.

Выводы и перспектива дальнейших исследований

Таким образом, в работе на основании клинично-анамнестических данных выделены факторы риска первого и второго рода, позволяющие прогнозировать развитие дисметаболической нефропатии. Полученные результаты могут быть ис-

пользованы в скрининговых программах на доназологических фазах течения дисметаболических нефропатий, что позволит за счет ранней диагностики проводить лечебно-профилактические мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Дисметаболическая нефропатия: сучасні погляди* / О. О. Добрик, С. П. Няньковський, М. О. Секунда, А. З. Новикевич // Современная педиатрия. — 2006. — № 2 (11). — С. 142-145.

2. *Дисметаболические нефропатии у детей* / И. В. Багдасарова, С. П. Фомина, Н. И. Желтовська, О. В. Лавренчук // Современная педиатрия. — 2008. — № 3 (20). — С. 62-67.

3. *Игнатова М. С.* Диагностика и лечение нефропатий у детей / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 336 с.

4. *Распространенность гиперкальциемии по результатам скринингового обследования детей региона с высокой частотой мочекаменной болезни* / Т. А. Ларина, Т. А. Кузнецова, А. Н. Цыгин [и др.] // Российский педиатрический журнал. — 2007. — № 3. — С. 41-43.

5. *Щевелев Т. С.* Лечение мочекаменной болезни и дисметаболических нефропатий у детей и взрослых с применением нутрицевтиков / Т. С. Щевелев. — М. ; К., 2003. — С. 269-288.

УДК 616.233:616.24]-036.11-053.2-085.281-092:612.015.11:612.233

Т. Ю. Чередникова

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Острая бронхолегочная патология остается наиболее распространенной проблемой здравоохранения во всем мире. При этом в структуре заболевае-

мости одно из ведущих мест занимают пневмонии с тенденцией к затяжному течению и развитию осложненных форм. Ряд ученых связывают значитель-

ный рост случаев пролонгированного течения пневмоний с нарушением общих и локальных адаптационно-защитных механизмов человека и с воз-

