

В.А.Пешкова, И.Л.Высочина, А.В.Черниловский
**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ЭТИОЛОГИИ
 ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В
 ВОЗРАСТЕ ОТ 2 ДО 17 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ
 НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА)**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия
 МЗ Украины»,
 кафедра семейной медицины ФПО

Резюме. Сегодня в Украине амбулаторный уровень контроля выявления и профилактики различных болезней человека осуществляется на первичном уровне семейным врачом, что актуализирует необходимость преемственности в работе между различными уровнями оказания медицинской помощи, и в частности, с точки зрения значимости проблемы ИМПС между врачом общей практики и врачом - нефрологом детским.

Ключевые слова: инфекции мочеполовой системы, структура заболеваемости, этиология, факторы риска.

Вступление: Микробно-воспалительные заболевания органов мочевой системы занимают первое место в структуре нефропатий и являются наиболее многочисленной группой в нефрологической практике. Распространенность инфекций мочеполовой системы (ИМПС) по эпидемиологическим исследованиям, проведенным в Украине, составляет 19,1 на 1000 детского населения и регистрируется в 77–89 % случаев госпитализации детей в нефрологические стационары. Распространенность ИМПС зависит от возраста и пола, при этом доказанными факторами риска развития данной нозологии у детей (А.В. Малкоч, 2014) являются:

1. Дети с нарушениями уродинамики (мочевая обструкция): аномалии развития мочевой системы, нефроптоз, мочекаменная болезнь и др.;

2. Дети с нарушениями обмена в мочевой системе: глюкозурия, гиперурикемия, дисметаболическая нефропатия и др.;

3. Дети со сниженной иммунологической резистентностью: недоношенные дети, часто болеющие дети, дети с системными или иммунными заболеваниями и др.;

4. Дети с возможной генетической предрасположенностью.

5. Дети женского пола (в связи с особенностью анатомии строения мочеполовой системы).

Цель исследования. Провести анализ наличия факторов риска ИМПС у детей разного возраста, ее структуры и этиологии.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось в нефрологическом отделении ГУ «Днепропетровская ДМКЛ №2» ДОР. Отбор историй болезни пациентов для анализа структуры и этиологии ИМПС проведен случайным способом, возможность работы с архивным материалом соответствовала требованиям биоэтического комитета. Для решения задач данного исследования, нами были проанализированы данные 43 историй болезни детей в возрасте от 2 до 17 лет с ИМПС. В структуре данных, которые подвергались анализу, кроме обще-клинического блока, проведен анализ результатов лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, микробиологический анализ мочи, суточная моча и биохимический показатель - уровень креатинина крови) с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Оценка достоверности полученных результатов исследований проводилась при помощи программы STATISTICA 6.1.

Результаты и их обсуждения. Анализ данных выборки историй болезней детей с ИМПС, показал, что пациентов женского пола было 53,5% (23 девочки) и 46,5% мужского пола (20 мальчиков).

В структуре ИМПС у детей в возрасте от 2 до 17 лет на первом месте регистрировался хронический пиелонефрит (48,8%; рис. 1), в том числе, без нарушения функции почек – 61,9% случаев, с нарушением функции почек соответственно 38,1%. Распределение пациентов по полу от

общего количества наблюдений выглядело следующим образом - мальчиков - 30,2% и девочек - 18,6%.

В структуре ИМПС на втором месте по частоте встречаемости наблюдался острый пиелонефрит (11,6% наблюдений; рис. 1), в том числе без нарушения функции почек 60%, с нарушениями функции почек 40%. Распределение пациентов с острым пиелонефритом по полу от общего количества наблюдений составило 9,3% - мальчики и 2,3% - девочки.

Дисметаболическая нефропатия и острый цистит встречались с одинаковой частотой - по 11,6% в структуре ИМПС (рис. 1). Однако, распределение по полу в зависимости от нозологического диагноза имело свои отличия, в частности, среди дисметаболических нефропатий мальчиков - 4,6% и девочек 7%, в то время как среди патологий острого цистита заболевших мальчиков 2,3% и девочек 9,3%.

Аномалии развития мочеполовой системы, включающие дилатацию одной или обеих почек, врожденные нефроптозы, аномалии развития мочевого пузыря и др. включают 9,3%.

Достаточно редко были зарегистрированы острый цистопиелонефрит (4,7%; рис.1) и тубулоинтерстициальный нефрит (2,3%; рис.1), при чем, данные заболевания имели место только у пациентов женского пола.

Пороки развития мочеполовой системы имели место в 9,3% наших наблюдений (рис.1), из них мальчиков 7% и девочек 2,3%.

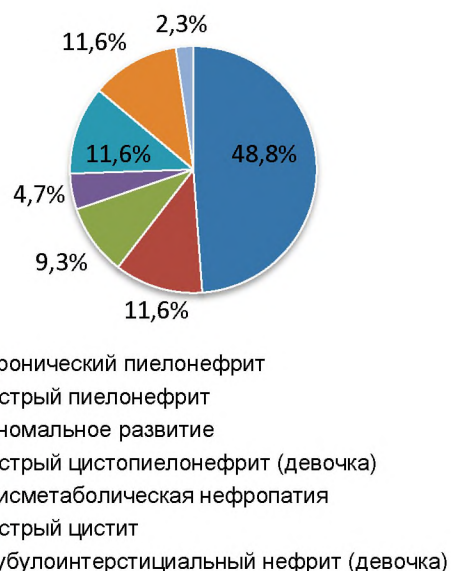


Рис. 1. Структура ИМПС у детей в возрасте от 2 до 17 лет (по данным нефрологического отделения)

Оценка результатов микробиологического исследования мочи на степень бактериурии показала, что практически у половины пациентов, не зависимо от возраста и нозологической рубрикации ИМПС, в 49% случаев не было зарегистрировано роста условно-патогенной или патогенной флоры (рис.2). У второй половины пациентов *E.coli* и *Ent. faecalis* высевались с одинаковой частотой - по 12% случаев (рис.2); *Klebsiella* и *St.epidermitis* – по 7% наших наблюдений (рис.2), и наконец, - *St.heamoliticus*, *St. Aureus* и *Proteus merabilis* по 5% (рис.2).

Анализ лабораторного блока исследований показал, что мочевой синдром, как осложнение, встречается наиболее часто у детей с ИМПС, а именно в 45% случаев, за ним следует анемический синдром – 34%, и дисметаболический синдром 21%.

Анализ факторов риска ИМПС по данным анализа выборки историй болезни детей в возрасте от 2 до 17 лет показал, что среди нарушений уродинамики (мочевая обструкция), аномалии развития мочевой системы, нефроптоз, мочекаменная болезнь и др. занимают - 63%.

Пациентов, которые на фоне ИГМС имели нарушения обмена (глюкозурия, гиперурикемия, дизметаболическая нефропатия и др.) было 13%. Дети со сниженной иммуно-резистентностью, среди которых были недоношенные дети, часто болеющие дети, дети с системными заболеваниями, по нашим наблюдениям, составили 10%. Дети с отягощенным по нефрологической патологии анамнезом составили 10%.

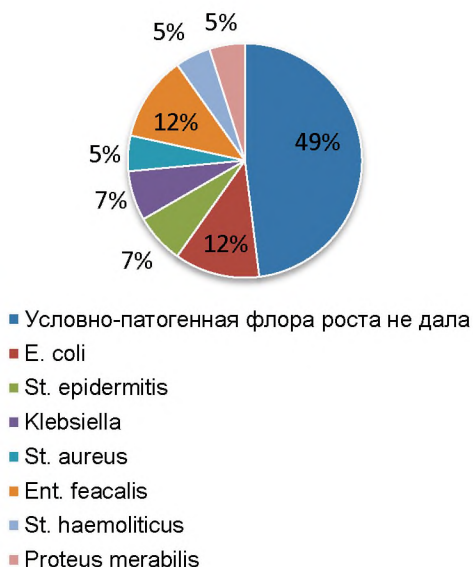


Рис. 2. этиологическая структура ИМПС у детей от 2 до 17 лет (по данным нефрологического стационара)

Выводы

1. В структуре ИМПС у детей наиболее часто встречаются хронический пиелонефрит 48,8%, на втором месте острый пиелонефрит, дисметаболическая нефропатия и острый цистит - по 11.6% каждый. Далее следует аномалия развития мочеполовой системы 9.6% .
2. У детей в возрасте от 2 до 17 лет хронический пиелонефрит, как и острый чаще протекает без нарушениями функции почек 61.9%, и 60% соответственно.
3. Среди Осложнении ИМПС доминирует мочевой синдромы 45%, анемический синдром 34%, дисметаболический синдром 21% .
4. В этиологической структуре ИМПС основными возбудителями инфекционного процесса являются - E.coli, и Ent. feacalis – по 12%. St.epidermitis, Klebsiella – 7%; на третьем месте St. aureus, St. haemolyticus, Proteus mirabilis-5%
5. Наиболее значимыми факторами риска у пациентов с ИМПС были аномалии развития; нарушения обмена веществ, сниженная иммунорезистентность.

Литературные источники

1. Приказ №365 от 20. 07. 05
2. «Нефрология в практике семейного врача» Иванов Д.Д., Корж О.М. Киев 2012.
3. «Внутрішня медицина: порадник лікарю загальної практики» За редакцією А.С. Свіцицького, Київ ВСВ «Медицина» 2014р.
4. 1. Возианов А.Ф., Майданик В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. Киев, Книга плюс (2002).
5. Harrison's Principles of Internal Medicine (18th edition) – DanLongo, AnthonyFaucietel – McGraw-HillProfessional – 2011 – 4322 р.

Пешкова В.О., Височина І.Л., Черніловський О.В. Особливості структури та етіології інфекцій сечостатевої системи у дітей у віці від 2 до 17 років (за даними нефрологічного стационара).

Резюме. Сьогодні в Україні амбулаторний рівень контролю виявлення та профілактики різних хвороб людини проводиться на первинному рівні семейним лікарем, що актуалізує приємність в праці між різними рівнями надання

медичної допомоги, а саме, у важливості проблеми ІСВС між лікарем загальної практики та лікарем нефрологом дитячим.

Ключові слова: інфекції сечостатевої системи, структура захворюваності, етіологія, фактори ризику.

УДК 616.1:614.8.026.1-092:616.61-036.1

Т.О.Яшкина, І.Л.Височина, А.А.Росицкая, А.В.Черниловский

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I-III СТАДИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия іМЗ України», кафедра семейной медицины ФПО

Резюме. Распространенность хронической болезни почек (ХБП) в популяции неуклонно растет, при чем течение данного заболевания ассоциировано с множеством осложнений, которые ухудшают качество жизни пациентов. Целью нашего исследования было определение уровня сердечно-сосудистого риска у пациентов с ХБП и изучить распространенность наиболее значимых осложнений, ухудшающих кардиоваскулярный прогноз. Нами проведено обследование и оценка кардиоваскулярного риска у 74 больных с ХБП I-III стадии, которое показало, что уже на первой стадии болезни 81,8% пациентов имеют риск выше, чем средний в популяции, а в третьей стадии пациенты с ХБП переходят в категорию «высокого» и «очень высокого» риска сердечно-сосудистых катастроф. Среди осложнений ХБП по нашим данным наиболее значимыми являются артериальная гипертензия, анемический синдром, протеинурия.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, кардиоваскулярный риск, осложнения.

Вступление. В исследованиях сегодняшнего дня показано, что почечная дисфункция – независимый предиктор кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, при этом сердечнососудистые события, а не прогрессирующее снижение функции почек и нарушение обмена жидкости и электролитов, являются ведущей причиной смерти больных с хронической болезнью почек (ХБП) [5]. Уровень кардиоваскулярной летальности у лиц с ХБП в 5–20 раз выше, чем в общей популяции и составляет около 16,5% ежегодно [8].

По данным многоцентровых исследований [4, 6, 9], посвященных изучению различных аспектов сердечно-сосудистых нарушений при ХБП, есть доказательная база, что наиболее частыми осложнениями со стороны сердечнососудистой системы (ССС) при ХБП является артериальная гипертензия, что совпадает с данными многолетних исследований коллектива отечественных авторов [1]. Особое место и значимость при оценке кардиоваскулярного риска отводится формированию не сосудистых осложнений ХБП: хронической почечной недостаточности, железодефицитной анемии, протеинурии.

Цель: исследовать уровень риска сердечно - сосудистых катастроф у пациентов с ХБП на I-III стадиях и оценить распространенность осложнений ХБП, влияющих на кардиоваскулярный риск.

Материалы и методы. Проведено обследование 74 больных с ХБП I-III стадии в возрасте от 19 до 82 лет, которые находились на Д-учете в КУ ЦПМСП №6 и/или на лечении в условиях нефрологического отделения КУ ГМКБ №4 ДОС г. Днепропетровска. Все пациенты с установленным диагнозом ХБП получали стандартизированное лечение основного заболевания согласно протоколам МЗ и национальным рекомендациям [3].

Объем обследования пациентов включал в себя: объективное обследование (оценка жалоб, данные анамнеза, физикальный осмотр), оценку лабораторных