

Таблица 1 — Показатели липидного спектра и сердечнососудистый риск (АДА, 2002)

Показатель в сыворотке крови	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
ХС-ЛПНП ммоль/л мг%	< 2,6 < 100	2,6–3,4 100–129	> 3,4 ≥ 130
ХС-ЛПВП ммоль/л мг%	> 1,15 > 45	0,9–1,15 35–45	< 0,9 < 35
ТГ ммоль/л мг%	< 2,2 < 200	2,2–4,4 200–399	> 4,4 ≥ 400

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов, Г. П. Сахарный диабет и атеросклероз. Какова оптимальная стратегия сдерживания атеросклеротического процесса? / Г. П. Арутюнов. // Сердце. — 2004. — Т. 3, № 1 (13). — С. 36–40.
2. Данилова, Л. И. Инструкция по скринингу сахарного диабета второго типа у жителей Беларуси / Л. И. Данилова, Н. В. Мурашко. — Минск, 2004.
3. Гетьман, О. И. Сахарный диабет типа 2 / О. И. Гетьман // Эндокринология [Электронный ресурс]. — 2011. — № 8. — Режим доступа <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/324/2947/>. — Дата доступа: 10.02.2012.
4. Дедов, И. И. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / под ред. акад. РАМН И. И. Дедова. — М.: ГЭОТАР, 2000. — 111 с.

УДК: 616.613 – 89.86 – 053.2:502

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Юрцева Н. А.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема ранней диагностики функциональных нарушений при врожденных и приобретенных заболеваниях почек у детей является весьма актуальной. Многие авторы считают, что большинство тяжелых заболеваний почек у взрослых является следствием своевременно не распознанных заболеваний и пороков развития мочевой системы у детей [1]. Пиелонефрит — это неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек с поражением чашечно-лоханочной системы, канальцев и интерстиция [2]. При пиелонефрите наиболее часто высевается *E. coli* (по данным различных авторов от 40 до 90 %), *Klebsiella pneumoniae* (7–20%), *St. aureus* (5–14 %) и др. [3].

Цель

Изучить частоту встречаемости различных аномалий мочевой системы, особенности течения вторичного пиелонефрита у детей, проживающих в условиях экологического неблагополучия.

Материалы и методы

Нами было проанализировано 29 истории болезни детей с вторичным пиелонефритом, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница».

Результаты и обсуждение

Исследуемую группу составили 29 детей в возрасте от 3,5 месяцев до 16 лет: 14 девочек и 15 мальчиков. Госпитализированы в стационар по поводу обострения хронического пиелонефрита 11 человек, находились на лечении по поводу других заболеваний —

13 детей (при этом хронический пиелонефрит в стадии неполной и полной клинико-лабораторной ремиссии), у 5 детей плановая госпитализация для проведения рентгеноурологического обследования (внутривенная экскреторная урография). Вторичный пиелонефрит диагностирован впервые в периоде новорожденности у 8 (27,6 %) детей, аномалии мочевого системы у которых были выявлены пренатально; до 6 лет — у 15 (51,7 %) детей; в возрасте 6–16 лет — у 6 (20,7 %) детей. Наследственность по болезням мочевого системы отягощена у 1 (3,4 %) ребенка (по материнской линии).

Обострение вторичного пиелонефрита характеризовалось синдромами: интоксикационным (повышение температуры тела от 37,4 до 39,1 °С, головная боль, слабость, снижение аппетита), болевым (боли внизу живота, поясничной области), дизурическим (учащенное и (или) болезненное мочеиспускание). Клиника хронического пиелонефрита в период неполной клинико-лабораторной ремиссии проявлялась периодическими болями в поясничной области, повышением температуры тела до субфебрильных цифр; в период полной клинико-лабораторной ремиссии проявлений заболевания не было выявлено.

В период обострения хронического пиелонефрита всем 11 детям был выполнен общий анализ крови: у 6 (54,5 %) детей выявлены анемия легкой степени, лейкоцитоз, повышение СОЭ, у 3 (27,3 %) — нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В биохимическом анализе крови патологические изменения выявлены у 1 мальчика 1994 г.р. с диагнозом: Врожденная аномалия развития почек: уретерогидронефроз единственной правой почки (состояние после нефрэктомии слева в 1996 г.). Хроническая почечная недостаточность 4 степени (терминальная): креатинин — 528,7 мкмоль/л, мочевины — 77,4 ммоль/л. В общем анализе мочи в 100 % случаев выявлена лейкоцитурия, у 5 (45,5 %) детей протеинурия (незначительная — до 1 г/л⁻⁴, больше 1 г/л⁻¹), микрогематурия у 2 детей. В анализе мочи по Зимницкому выявлены нарушения функции почек в виде никтурии, олигурии, гипостенурии в единичных случаях. Посев мочи на микрофлору произведен у 10 детей: получен рост кишечной палочки у 2 (20 %) детей; клебсиеллы — у 1 (10 %); грибов рода кандиды у 1 (10 %) ребенка.

В период неполной клинико-лабораторной ремиссии хронического пиелонефрита (3 ребенка) наблюдается в 100 % случаев изолированная лейкоцитурия.

Признаки хронического пиелонефрита по результатам УЗИ выявлены в 80 % случаев (у 23 детей из 29): аномалии мочевого системы у 21 ребенка, признаки хронического пиелонефрита без указания на аномалию развития — у 2 детей. Внутривенная экскреторная урография была проведена 24 детям исследуемой группы — в 100 % случаев подтвержден диагноз вторичного пиелонефрита. Из выявленных аномалий преобладает гидронефротическая трансформация почек — 11 (37,9 %) детей, дисплазия левой почки у 3 (10,3 %) детей, аномалии внутривисочечных сосудов, нефроптоз, тазово-подвздошная дистопия, полное и частичное удвоение почек, гидрокаликоз, гипоплазия, агенезия почки в единичных случаях.

Выводы

1. Вторичный хронический пиелонефрит в большинстве случаев диагностируется в возрасте до 6 лет.

2. Среди аномалий мочевого системы наиболее часто встречается гидронефротическая трансформация почек.

3. Обострение хронического пиелонефрита характеризуется интоксикационным, болевым, дизурическим синдромами. В период неполной клинико-лабораторной ремиссии — периодические боли в поясничной области, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Мочевой синдром в период обострения характеризуется бактериальной лейкоцитурией, в период неполной клинико-лабораторной ремиссии встречается изолированная лейкоцитурия.

4. Для подтверждения диагноза вторичного хронического пиелонефрита всем больным необходимо рентгеноурологическое обследование (внутривенная экскреторная урография).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Воспалительные заболевания мочевой системы у детей. Диагностика и лечение / Л. М. Беляева // Медицинские новости. — 2007. — № 5. — С. 35–40.
2. *Коровина, Н. А.* Функциональное состояние почек при пиелонефрите у детей / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова // Российский педиатрический журнал. — 2004. — № 4. — С. 15–18.
3. *Малкоч, А. В.* Пиелонефрит у детей: классификация, течение, диагностика и лечение / А. В. Малкоч, В. А. Гаврилова, Ю. Б. Юрсова // Лечащий врач. — 2006. — № 7. — С. 20–24.

УДК 616.61-07-085-089:616.613

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

Юрча С. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент К. М. Иодковский

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Гидронефроз — заболевание почки, характеризующееся расширением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), прогрессирующей гипотрофией почечной паренхимы с ухудшением всех основных почечных функций в результате нарушения оттока мочи из лоханки и чашечек почки и гемодинамики в почечной паренхиме (1). Пиелюэктазия — это расширение лоханки, сопровождающееся незначительным нарушением почечной функции. По литературным данным врожденный гидронефроз встречается с частотой 16,7:10000 новорожденных детей.

Цель исследования

Более детальное изучение некоторых особенностей диагностики врожденного гидронефроза у детей первых двух лет жизни.

Материал и методы исследования

Материалом для данного исследования послужили 116 историй болезни детей до 2 лет, получавших соответствующее лечение на базе Гродненской областной детской клинической больницы (ГОДКБ) в период с 2008 по 2011 гг.

При написании данной работы был использован ретроспективный метод исследования.

83 из 116 детей — впервые поступившие (19 женского пола — 23 %, 64 мужского пола — 77 %).

По литературным данным в детском возрасте гидронефроз у мальчиков встречается чаще, чем у девочек (5:2); чаще слева, чем справа. Двустороннюю обструкцию у детей отмечают в 15 % случаев [1].

Дети, госпитализированные в стационар, были в возрасте от 0 до 2 лет. Основную группу составили дети в возрасте от 1 месяца до 1 года — 76 (65,5 %) пациента, 29 пациентов (25 %) — это дети в возрасте до месяца, от 1 года до 2 лет — 11 (9,5 %) пациентов.

Исходя из анамнеза заболевания, патология почек была выявлена внутриутробно у 60 детей (72,3 %), у 15 пациентов (18,1 %) — сразу после рождения в роддоме, у 8 детей (9,6 %) — при обследовании по поводу другого заболевания.

Нами было установлено, что двустороннее поражение почек по основным заболеваниям составило 24 человек (28,9 %), 39 пациента (47 %) — с левосторонним поражением, 20 (24,1 %) — с правосторонним поражением. Из них гидронефроз был обнаружен у 42 (50,6 %) детей, уретерогидронефроз — у 26 (31,3 %) пациентов, пиелюэктазии — у 20 (24,1 %) детей.

У 36 пациентов (43,4 %) заболевание протекало без осложнений, у 27 детей (32,5 %) был хронический вторичный пиелонефрит, в стадию ремиссии, у 17 (20,5 %) — в ак-