

ческой алкоголизации. Это выражается в активации свободно-радикальных процессов, на фоне стабильного состояния ферментативного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наркология: национальное руководство / Н.Н. Иванцева [и др.]. – М.: ГЭОТАР, – Медиа, 2008. – 720 с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Chronic alcohol administration stimulates nitric oxide formation in the rat liver with or without pretreatment by lipopolisaccharide / Wang J.F. [et al.] // Alcohol Clin. Exp. Res. – 1995. – Vol.19 – P.387-393.
3. Lindros, K.O. Alcoholic liver disease: pathobiological aspects / K.O Lindros// J Hepatology – 1995. - №23.- P.7-15.
4. Nitric oxide production by monocytes in alcoholic liver disease / Hunt N.C. [et al.] // J.Hepatol. – 1992. – №14 – P. 146-150.

ЭКСКРЕЦИЯ КАЛЬЦИЯ И КРЕАТИНИНА С МОЧОЙ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Горбачевский П.Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из распространенных заболеваний во взрослой популяции. По сведениям разных авторов, частота заболевания составляет в среднем 3-8%. Редкая встречаемость МКБ у детей связана с более высокой концентрацией гликозаминогликанов, и, как следствие этого, ингибирование скопления кристаллов оксалата кальция молекулами мочи [1]. К тому же врачи-педиатры и детские нефроурологи отмечают увеличение количества пациентов с различными формами кристаллурий, что делает проблему мочекаменной болезни еще более насущной.

Проблема ранней диагностики уролитиаза у детей является актуальной в связи с нарастанием ее частоты за последние 10 лет. Особенно важно прогнозирование возможного риска развития заболевания для того, чтобы определить комплекс профилактических мероприятий.

Многими исследователями изучалась распространенность отдельных видов уролитиаза, разновидностей и состава

каждого вида камней. Более 80% всех мочевых конкрементов содержит в своем составе кальций, а камни из оксалата кальция являются одним из наиболее часто встречающихся видов камней [2].

Цель работы: оценить экскрецию с мочой кальция и креатинина у здоровых детей, сравнить полученные результаты с пациентами из групп риска по МКБ и другим заболеваниям, приводящим к развитию уролитиаза.

В исследовании приняло участие 175 детей в возрасте от 0 до 17 лет.

Все пациенты были разделены на три группы. Первую группу (I) составили здоровые дети без наследственной предрасположенности по мочекаменной болезни (МКБ); вторую (II) – дети, наследственность которых со стороны родственников 1-й или 2-й степени родстваотягощена по МКБ. Нами была также выделена третья группа (III) – дети, родственники которых страдают тем или иным заболеванием, предрасполагающим к возникновению МКБ: хронический пиелонефрит, нефроптоз 2-3 степени, врожденные аномалии и другие заболевания почек; желчекаменная болезнь, ожирение, сахарный диабет, болезни суставов, заболевания сердечно-сосудистой системы, бронхиальная астма и другая аллергическая патология.

В группе здоровых детей было 122 ребенка, из них мальчиков – 83 (68%), девочек – 39 (32%). В группе риска по МКБ – 37 детей (7 девочек и 30 мальчиков), в группе риска по другим заболеваниям – 16 человек (3 девочки и 13 мальчиков). Всем пациентам определяли количество кальция и креатинина в утренней порции мочи, и рассчитывали кальций-креатининовый коэффициент. Нормальные значения ККК $U_{Ca}/U_{Cr} = 0.04-0,7$ ммоль/ммоль [3]. Результаты приведены в таблице.

Таблица – Показатели кальция, креатинина и кальций-креатининовый коэффициент (ККК) у детей Гродненской области [Me (LQ/UQ)]

	Кальций ммоль/л	Креатинин ммоль/л	ККК ммоль/ммоль
Группа I	3.06 [2.54-3.92]	10.96 [7.08-16.86]	0.33 [0.18-0.48]
Группа II	2.78 [2.28-3.82]	9.59 [5.18-18.96]	0.33 [0.17-0.60]
Группа III	3.11 [2.47-3.74]	11.23 [7.34-14.545]	0.28 [0.17-0.435]

Исходя из приведенной таблицы видно, что показатели ККК у детей всех групп не выходили за пределы нормы.

Далее мы сравнили каждый отдельно и в комплексе показатели кальция, креатинина и ККК группы здоровых детей с пациентами из групп риска по МКБ и другим заболеваниям. Достоверных различий нами выявлено не было.

Таким образом, такие показатели, как количество кальция, креатинина в моче и расчет кальций-креатининового коэффициента в отдельности не могут служить предиктором развития мочекаменной болезни у детей, и этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Дальнейшие исследования по оценке количества других макро- и микроэлементов в моче, их взаимосвязи, количественного соотношения всех составляющих мочевого остатка позволят определить критерии ранней диагностики метаболических нарушений, приводящих к развитию мочекаменной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оксалатно-кальцевый нефролитиаз в детском возрасте / Е.И. Прахин [и др.] // Педиатрия – 2004. – № 2. – С. 36-42.
2. Вощула, В.И. Мочекаменная болезнь / В.И. Ващула. – Минск, 2010. – 180 с.
3. Collard, L. Biochemical aspects of urolithiasis in children / L.Collard // Pediatrics Journal. – 2002. – Vol. 2. – P. 52-56.

О ТРУДНОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Гривачевский А.С., Угляница К.Н., Камарец А.М.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – индуцированное аденомой, гиперплазией, (реже – раком) заболевание околощитовидных желез (ОЩЖ) с гиперпродукцией и гиперсекрецией паратиреоидного гормона (ПТГ). ПГПТ, ранее считавшийся редким, является достаточно распространенным заболеванием [1]. В США, Европе, России ПГПТ диагностируется у 0,05-0,1% всех пациентов стационаров по уровню кальция в крови