

С. Адукатил, Л. М. Пилен и др. // NCBI. – Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23392233/>. – Дата доступа: 8.12.2023.

3. Овечкин, А. М. Послеоперационное обезболивание в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / А. М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2014. – № 2. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/posleoperatsionnoe-obezbolivanie-v-akusherstve-i-ginekologii-analiticheskiy-obzor/viewer>. – Дата доступа: 7.12.2023.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Юсупов Ш.А., Хакимова Л.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ) у детей во всем мире имеет тенденцию к увеличению. Встречаемость МКБ среди всех урологических патологий детского возраста составляет 3% [1]. Стоит отметить, что клиническое течение заболевания у детей отличается от такового у взрослых. Это обуславливает особый интерес и необходимость изучения эпидемиологических процессов в разбивке по половозрастным категориям, а также регионарно с определением причинных факторов риска возникновения МКБ [2]. Учитывая эти данные, возможно разработать алгоритм прогнозирования и ранней диагностики заболевания, что приведет к снижению заболеваемости и своевременному началу лечебных мероприятий, которые позволят осуществлять коррекцию определяемых нарушений, предупреждать осложнения и развитие рецидивов камнеобразования [3].

Цель. Разработать научно-обоснованный алгоритм прогнозирования и ранней диагностики мочекаменной болезни у детей в амбулаторно-поликлинических условиях.

Методы исследования. В исследование включены дети (n=100) с МКБ – основная группа, относительно здоровые дети (n=100) – контрольная группа; и их родители. С помощью разработанного анкетного-опросника проведен углубленный анализ по оценке анамнеза жизни детей и их родителей с учетом течения беременности у матери, наличия хронических заболеваний родителей, а также статуса камнеобразующих веществ, т. е. проведение биохимических исследований крови и мочи.

Результаты и их обсуждение. С помощью разработанного анкетного опросника в основной группе проведен углубленный анализ по оценке анамнеза жизни детей и их родителей.

В ходе нашего исследования основная группа детей с МКБ была разделена на две подгруппы: в подгруппу А включены 39 (39,0%) детей, родителям которых установлен диагноз МКБ; в подгруппу Б – 61 (61,0%) пациент с МКБ,

у родителей которых отсутствовали клинико-лабораторные и инструментальные признаки уrolитиаза. Контрольную группу составили 100 (100%) детей с родителями, у которых уrolитиаз был исключен анамнестическими и клинико-лабораторными исследованиями.

В соответствии с полученными данными анкетного опросника следует отметить, что 17,0% семей подгрупп А и Б проживали в экологически неблагоприятных условиях, на территории выявлялась наибольшее число техногенных предприятий, заводов, промышленных объектов, выбросы которых превышали ПДК, что оказывало влияние на формирование аномалий мочевого выделительной системы (МВС), способствующих развитию уrolитиаза.

Наследственная отягощенность по МКБ у родителей выявила ее наличие у: отцов – 19 (48,7%), матерей – 24 (61,5%), при этом у 7 (17,9%) пар уrolитиаз определялся у обоих родителей.

Анализ течения беременности в подгруппе А указывал на осложненную беременность с преэклампсией различной степени у 76,9% матерей; у 71,8% беременность протекала на фоне анемии; многоводие, угроза прерывания – у 25,6%, в 59,0% отмечались отеки и артериальная гипертензия. В подгруппе Б данные анамнестические параметры выявлялись соответственно в 70,5%, 59,0%, 18,0% и 16,4% случаях. В контрольной группе осложнения при беременности были достоверно ниже.

Изучение частоты возникновения МКБ и взаимосвязи заболевания с приемом лекарственных средств со стороны матерей в период беременности показало наличие прямой зависимости между использованием противовирусных, антибактериальных, витаминов, БАДов и гипотензивных.

Как известно, в развитии уrolитиаза большое значение придает такому фактору риска, как нерациональное питание. Изучение этого фактора показало, что в подгруппе А большинство детей и их родители отдавали предпочтение растительной – 46,3% и белковой – 34,4% пище, тогда как употребление молочной и смешанной пищи составляло 16,1% и 3,2% соответственно. В подгруппе Б отдавалось предпочтение растительной и белковой пище – 47,5% и 33,2%. В контрольной же группе превалировала смешанная – 61,0% пища, несколько реже смешанная с предпочтением молочной (27,0%) или белковой (12,0%) пищи.

Изучение питьевого режима показало, что более половины опрошенных в подгруппах А и Б – 52,0% не имели информации о качестве потребляемой жидкости. При этом дети, употребляющие воду из природных водоемов, имели значительную тенденцию и большую частоту развития уrolитиаза.

При анализе питьевого режима выявлено, что риски развития уrolитиаза увеличивались при снижении объемов употребляемой жидкости менее 1-1,5 литров в сутки.

Выявленный полиморфизм генов VDR и интерлейкина-1 β свидетельствует о высоком риске формирования уrolитиаза у детей.

Основываясь на результатах исследовательской работы, нами был разработан алгоритм ранней диагностики уrolитиаза у детей на

доклинической стадии заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях с учетом факторов риска и иммуногенетической предрасположенности.

Для этого разработано 10 основных вопросов, на основании которых индивидуально для каждого ребенка можно выявить степень риска по 10-и балльной шкале. Суммируя полученные результаты, прогнозируется степень риска развития уrolитиаза. При выполнении второго действия разработанного алгоритма проводится маршрутизация пациентов в зависимости от соотношения их к той или иной степени риска развития МКБ.

Так, дети, набравшие согласно 10-ти балльной шкале от 1 до 3 баллов, составили группу с низким риском развития уrolитиаза. Данной категории пациентов проведены клиничко-лабораторные исследования, а также ультразвуковая сонография МВС. Как правило, у детей данной группы отсутствуют клиничко-лабораторные и ультрасонографические проявления уrolитиаза. Поэтому они наблюдаются у врача в амбулаторно-поликлинических условиях согласно утверждённому календарю профилактических осмотров.

Дети, набравшие от 4 до 6 баллов и вошедшие в группу среднего риска, также требуют проведения клиничко-лабораторных и инструментальных исследований. Пациентов, у которых обнаружены клинические и/или лабораторные, инструментальные изменения по уrolитиазу, необходимо направить к детскому урологу в специализированную клинику для дальнейшего комплексного обследования и лечения. В случае, когда результаты клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования не выявляют признаков МКБ, рекомендуется проведение иммуногенетического анализа. Если результаты тестирования на иммуногенетические предикторы не свидетельствуют об их полиморфизме, то ребенок должен находиться под наблюдением врача в амбулаторно-поликлинических условиях. Выявление же у данной группы пациентов полиморфизма генов VDR и интерлейкина-1 β требует проведение соответствующего комплекса мероприятий по предупреждению развития уrolитиаза, включая метафилактику.

Анализ проведенных исследований показал, что пациенты с высоким риском развития МКБ (от 7 до 10 баллов) требуют особого внимания. В случае выявления клинических признаков заболевания у детей, как правило, они направляются к детскому урологу специализированной клиники. В случае отсутствия клинических признаков уrolитиаза необходимо провести лабораторные и инструментальные исследования (УЗИ). Дети, у которых были выявлены соответствующие изменения в лабораторных анализах и в данных ультрасонографии МВС, должны быть направлены к детскому урологу в специализированную клинику. При отсутствии изменений в лабораторных анализах и данных УЗИ проводится иммуногенетическое тестирование. Детям с высоким риском развития МКБ и при наличии полиморфизма генов возникает необходимость проведения комплекса мероприятий по предупреждению развития уrolитиаза. В тех случаях, когда изменения

на генном уровне не обнаруживаются, дети должны находиться под наблюдением врача в амбулаторно-поликлиническом учреждении [4].

Таким образом, разработанный алгоритм ранней диагностики МКБ у детей и их последующая маршрутизация в соответствии с группой риска (низкая, средняя или высокая) будет способствовать выявлению уролитиаза на доклинической стадии в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка функционального состояния почек у детей с уролитиазом, осложнённым хронической болезнью почек. / Т. Ш. Икромов, Х. И. Ибодов, А. М. Мурадов, С. К. Асадов, М. В. Шумилина. – Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2020. – № 3. – С. 17–23.

2. Тиктинский, О. Л. Мочекаменная болезнь. / О. Л. Тиктинский, В. П. Александров. – СПб : Питер; 2000. – 379 с.

3. Kirillov, VI, Bogdanova, NA. Problematic issues of causal treatment for urinary tract infections in children / VI Kirillov, NA Bogdanova // Ros Vestn Perinatol i Pediatr. – 2016. – 61: 6: – P. 32–37 (in Russ). DOI: 10.21508/1027–4065–2016–61–6–32–37.

4. Влияние генетических факторов на развитие уролитиаза в детском возрасте / Л. Р. Хакимова, Ш. А. Юсупов, Ш. А. Хусинова, Ж. А. Шамсиев // Проблемы биологии и медицины. – 2022. – № 2 (135) – С. 229–234.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЖЛЕСТНИЧНОЙ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЗ-НАВИГАЦИИ В СРАВНЕНИИ С ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДИСТАЛЬНОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ

*Якубцевич А.Р.¹, Ракашевич Д.Н.¹, Вунцевич И.М.², Хлюпина Н.П.²,
Щебет Л.З.², Невгень И.Н.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. В последнее время значительно расширилось использование блокады периферических нервов для анестезии и послеоперационного обезболивания [1]. Возможность визуализации расположения нерва, продвижения иглы, взаимодействия иглы и нерва и распространения местного анестетика делает блокаду нерва под ультразвуковым контролем более эффективным [2]. Ультразвуковое исследование сокращает время выполнения блокады, уменьшает количество проходов иглы и сокращает время наступления блокады. Блокады могут проводиться с использованием более низких доз лекарственного средства [3].