

соответствовала результату от 1 до 10 баллов, средняя – от 11 до 20 баллов, тяжелая – от 21 и выше. При анкетировании 195 пациентов у 117 (60,0±0,03%) установлена тяжелая степень снижения качества жизни, у 67 (34,4±0,03%) – средняя, у 11 (5,6±1,6%) – легкая.

Выводы. Тяжелые и распространенные формы псориаза существенно влияют на все аспекты жизни пациентов. Заболевание приносит множество ограничений, отрицательно влияет на социальный статус, межличностные отношения, создает ощутимые препятствия в повседневной жизни и приводит к выраженному снижению качества жизни. Среди основных триггеров псориаза можно выделить предшествующую инфекционную сенсибилизацию и психогенные стрессовые факторы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич, В. П. Диагностические индексы в дерматологии / В. П. Адаскевич. – Москва : Изд-во Панфилова ; Бином, 2014. – 352 с.
2. Белоусова, Т. А. Дерматологический индекс качества жизни у больных с экземой и псориазом / Т. А. Белоусова, Н. Г. Кочергин, Т. И. Кабаева // VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов : тез. науч. работ ; редкол. : В. А. Аковбян [и др.]. – М., 2001. – Ч. 1. – С. 39–40.
3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике : пер. с англ. : [в 3-х т.] / К. Вольф [и др.] ; общ. ред. А. А. Кубановой. – Москва : Изд-во Панфилова ; Бином. Лаб. знаний, 2012. – Т. 1. – 868 с.
4. Кашутин, С. Л. Оценка соматического, психологического и социального компонентов качества жизни больных псориазом / С. Л. Кашутин, М. В. Бондаренко, С. И. Данилов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – №6. – С. 28–30.
5. Псориаз и псориатический артрит / В. А. Молочков [и др.]. – Москва : Т-во науч. изд. КМК ; Авт. акад., 2007. – 300 с.
6. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2016 год [Электрон. ресурс] / О. Л. Зеньков [и др.] ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Упр. здравоохранения Гродн. облисполкома, Гродн. обл. клин. больница. – Гродно : ГОКБ, 2017. – 177 с. – Режим доступа: <http://gocb.by/methodical-center/statisticheskie-sborniki.html>. – Дата доступа: 21.03.2017.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Конюх Е.А., Адамович В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В современной нефрологии хроническую почечную недостаточность (ХПН) рассматривают в рамках хронической болезни почек (ХБП). По критериям ВОЗ ХПН соответствует стадии 3–5 ХБП. В детской

нефрологии понятие ХБП впервые представлено R. Hogg и соавт. в 2003 г. в журнале «Pediatrics» [3, 4]. Основным смысл в переходе на более широкое понятие ХБП был связан с необходимостью сделать акцент не на дорогом высокотехнологичном лечении конечных стадий болезней почек (диализ/трансплантация), а на развитии профилактического направления, что позволит существенно замедлить прогрессирование хронических заболеваний почек, снизить риск развития осложнений и затраты на лечение [4]. Прогрессивный рост числа больных с патологией почек в последнее время расценивается как пандемия [6]. Большие экономические потери в связи с утратой трудоспособности в молодом возрасте, инвалидизация детского и взрослого населения, значительная стоимость лечения и реабилитации пациентов так же определяют социальную значимость хронических заболеваний органов мочевой системы и почек в частности [2, 7]. Для совершенствования медицинской помощи детям с инвалидизирующими хроническими заболеваниями чрезвычайно важны эпидемиологические исследования, направленные на изучение распространенности заболеваний, факторов риска их развития и прогрессирования [1]. Средняя заболеваемость терминальной ХПН (тХПН) у детей до 16 лет составляет 1–3 новых случая на 1 млн. населения, в России – 4–5 случаев, в Европе – 4–6, в США – 11 случаев на 1 млн. населения [5].

Цель работы: изучить клинико-лабораторную характеристику хронической почечной недостаточности (ХБП С3–С5) у детей г.Гродно и Гродненской области.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 36 историй болезни 14 пациентов, находившихся на обследовании и стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» за период 2006–2014 гг.

Результаты. Возраст пациентов на момент поступления составлял 10,08 (7,56–13,76) лет. В сельской местности проживало 6 детей (43%), в городе – 8 (57%). У 4 пациентов (28,5%) была диагностирована I стадия ХПН (у 1 ребенка прогрессирование до ХПН IV отмечено в течение 3,5 лет), у 5 (35,7%) – ХПН II (у 1 ребенка прогрессирование до ХПН III в течение 3 лет), у 4 (28,5%) – ХПН III, у 3 (21,4%) – терминальная стадия ХПН (тХПН). В 57% случаев причиной ХПН были врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, хронический гломерулонефрит – в 21,4% случаев, у 14,2% детей – как исход гемолитико-уремического синдрома, у 1 ребенка (7,1%) вследствие новообразования почки. Длительность основного заболевания на момент госпитализации составила 4,6 (3,0–6,0) года, длительность ХПН – 3,0 (0,94–4,0) года. Срок развития ХПН от начала основного заболевания составил 2,0 (0,86–2,0) года.

Основными жалобами, которые предъявляли пациенты при поступлении в стационар были проявления астенического синдрома (50,0%), анемического (71,4%), гипертензионного (57,1%), синдрома уремической интоксикации (42,9%), у 14,2% отмечался отечный синдром.

Исследование лабораторных показателей показало, что уровень

гемоглобина крови составил 116 (104–129,5) г/л, отмечалось повышение уровней мочевины и креатинина до 13,9 (10,4–16,0) ммоль/л и 222 (105–490) мкмоль/л, соответственно. Содержание холестерина было в пределах 4,3 (3,7–5,4) ммоль/л, уровень общего белка составил 64 (53–68) г/л. При исследовании ионограммы значительных отклонений от нормативных возрастных показателей выявлено не было: K^+ – 4,7 (4,1– 5,1) ммоль/л, Ca^{2+} – 2,16 (2,09–2,36) ммоль/л, Na^+ – 138 (131,9–139,8) ммоль/л. При анализе показателей общего анализа мочи было выявлено повышение кислотности мочи у 28,7% пациентов, щелочная реакция отмечалась у 50,0% детей. У всех госпитализированных установлено нарушение концентрационной функции почек: относительная плотность мочи – 1008 (1006–1012), у 50,0% – нарушение реабсорбции глюкозы. Уровень суточной протеинурии составлял 0,34 (0,15–0,54) г/сут.

При анализе катамнестических данных у 1-го ребенка с тХПН, получавшего заместительную почечную терапию перитонеальным диализом в течение 3,5 лет, отмечался летальный исход, у 2-х (длительность терапии диализом 2,8 лет и 3,2 года) – проведена трансплантация почки, 6 пациентов с ХПН I–III по достижении 18 лет переданы под наблюдение терапевтов и нефрологов, 5 – периодически проходят обследование и лечение в нашем стационаре и Республиканском центре детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска.

Таким образом, основной причиной развития являются врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей (57%), что согласуется с данными литературы. В среднем ХПН развивается в течение 2-х лет от начала основного заболевания. До 2014 года, по нашим данным, трансплантация почки проводилась не позднее 3-х лет диализной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Детская инвалидность в России: материалы XIV конгресса союза педиатров России / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Р. Н. Терлецкая. – Москва, 2010. – С. 61.
2. Игнатова, М. С. Вопросы профилактики развития и прогрессирования хронических болезней почек у детей / М. С. Игнатова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 5. – С. 6–13.
3. Каримджанов, И. А. Хроническая болезнь почек у детей (обзор литературы) / И. А. Каримджанов, Н. А. Исраилова // Здоровье ребенка. – 2017. – Т. 12, № 7 – С. 832–839.
4. Козыро, И. А. Хроническая болезнь почек у детей / И. А. Козыро, А. В. Сукало // Педиатрия. Восточная Европа. – 2013. – № 2. – С. 112–119.
5. Китаева, Ю. Ю. Эпидемиология и профилактика хронической болезни почек у детей и подростков: дис. канд. мед. наук: 14.02.02, 14.01.08 / Ю. Ю. Китаева. – Омск, 2011. – 157 с.
6. Definition, evaluation and classification of renal osteodystrophy: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) / T. Moe Drueke [et al.] // Kidney International. – 2006. – № 69. – P. 1945–1953.
7. Forgo, A. B. Mechanisms of progression of chronic kidney disease / Ф. В. Forgo // Pediatr Nephrol. – 2007. – № 22 (12). – P. 2011–2022.