ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

© Абдуразакова Ширин Абраровна, Мухаммадсолих Шахло Бахтиер кизи.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. 100140, Ташкент, Юнусабадский район,ул. Богишамол, 223.
E-mail: shahlo.musaeva@mail.ru

Ключевые слова: хронический пиелонефрит; дети; физическое развитие; оценка состояния; осложнение.

Введение. По распространенности пиелонефрит стоит на втором месте после ОРВИ у детей, и между этими заболеваниями существует тесная взаимосвязь. Так, в детской урологии каждый 4-й случай пиелонефрита у ребенка раннего возраста является осложнением острой респираторной инфекции. Среди причин первичной инвалидизации вследствие заболеваний органов мочевой системы доля хронического пиелонефрита (ХП) составляет 21–25%.

Цель исследования. Изучить особенности физического развития детей школьного возраста с ХП.

Материалы и методы. Исследованию были подвергнуты 54 детей (средний возраст 9,01 ± 1,24 лет) в возрасте от 7 до 14 лет ХП (основная группа) без сопутствующей хронической патологии со стороны других органов и систем организма. Контрольную группу составили 12 практически здоровых детей (средний возраст 9,14 ± 1,14 лет) аналогичного возраста. Среди пациентов 20 девочек (средний возраст 8,67 ± 0,56 лет) и 34 мальчиков (средний возраст 9,21 ± 0,43 лет). Дети разделены на три группы: 1 группа — дети с не обструктивным ХП, связанный с рефлюксом (n=25), 2 группа — дети с обструктивным ХП — 16 и 3 группа — дети с ХПН (n=13). Длительность заболевания у обследованных детей составила в среднем 5,1 года. За время проведения исследования дети поступали на плановую госпитализацию в соответствии с планом диспансерного наблюдения в состоянии частичной клинико-лабораторной ремиссии. Дети 3-й группы — в компенсированной (15,4%) и интермиттирующей стадиях ХПН. У детей при поступлении в стационар оценивали рост тела, вес тела и масса-ростовой индекс (МРИ). МРИ рассчитывали по формуле: масса тела(кг)/рост(м²).

Результаты исследования. С целью оценки состояния физического развития детей были проанализированы показатели кривых индикаторов роста (вес к возрасту, рост к возрасту, МРИ к возрасту в возрастных категориях от 7 до 14 лет) детей. Кривые роста детей 3 группы имели характерную особенность, а именно, по показателям веса к возрасту выявлены достоверные различия по признаку риск пониженного веса (между линиями -1z и -2z), повышением ее частоты в 1,7 и 2,5 раза, также по показателям МРИ риск белково-энергетической недостаточности питания (БЭНП)/истощения встречался 1,1 и 1,2 раза чаще по отношению к детям 1 и 2 групп, соответственно. Частота встречаемости БЭНП/истощение тяжелой степени была присуща только детям 3 группы. Низкие значения МРИ, интерпретируемые как БЭНП между кривыми -1z и -2z и «истощение умеренной степени» между кривыми -2z и -3z, были характерны для детей 2 группы (31,3% и 6,3%, соответственно) и 1 группы (28,0% и 0%, соответственно). Аналогичная динамика по признакам «низкий рост» и «очень низкий рост» прослеживалась с достоверным повышением их частоты у детей 2-й группы против 1-й и 3 групп. У детей 2-й группы вероятность «пониженного веса» была, соответственно, на 1,2 и 1,5 раза выше, чем у детей 1-й и 3 групп. Категории «БЭНП/истощение умеренной степени» «БЭНП/истощение тяжелой степени» регистрировались только у 2 и 3 групп (7,7% и 11,1, соответственно). Особенно, крайние градации «очень низкий вес» и «очень низкий рост» встречались у 1-й группы в 4,3 и 2,7 раза чаще, чем у аналогичной группы.

Выводы. Физическое развитие детей с хронической болезнью почек (ХБП) оценивали многие детские нефрологи на поздних стадиях. При этом у детей выявляли отставание в росте, прогрессирующее по мере развития почечной недостаточности. Следовательно, можно сделать вывод, что выявленные нарушения физического развития у анализируемых групп детей детерминированы ХП на фоне врожденных аномалий ОМС и мужским полом. Нельзя исключить вероятность влияния ХПН у детей 3 группы, т.к. длительность данного состояния в среднем составляет 4,7±2,1 года.