

Ю. А. Шишко

ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Е. С. Зайцева

1-я кафедра детских болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Представлена клинико-статистическая оценка дисметаболических нефропатий в педиатрической практике. Проанализирована частота, структура и клинико-лабораторные проявления дисметаболических нефропатий. Произведена оценка эффективности метаболической коррекции дисметаболических нефропатий.*

***Ключевые слова:** дисметаболические нефропатии, дети, терапия.*

***Resume.** Clinical and statistical estimation of dismetabolic nephropathy in pediatric practice was presented. The frequency, structure, and clinical and laboratory manifestations of dismetabolic nephropathy were analyzed. The estimation of the effectiveness of metabolic correction dismetabolic nephropathy was made.*

***Keywords:** dismetabolic nephropathy, children, therapy.*

Актуальность. Обусловлена высокой частотой мочекаменной болезни: 1,8-2,2% у детей, 8-8,5% у подростков и 30-40% среди взрослого населения [4].

Дисметаболическая нефропатия (ДН) является основным метаболическим фактором формирования мочекаменной болезни наряду с пороками развития и микробно-воспалительными заболеваниями органов мочевой системы [5].

Согласно современным представлениям, дисметаболические нефропатии — это группа заболеваний различной этиологии и патогенеза, которые характеризуются интерстициальным процессом с поражением канальцев почек вследствие нарушения обмена веществ [2].

Функциональное состояние почек при патологии обмена в значительной мере определяется тубулоинтерстициальными расстройствами, при этом изменение функции канальцевого аппарата нефрона, ответственного за поддержание гомеостаза, проявляется нарушением процессов концентрирования, реабсорбции и секреции. В зависимости от типа обменных нарушений канальцевые дисфункции

могут проявляться нарушением диуреза и относительной плотности мочи, изменением реакции мочи, глюкозурией, гипо- или гиперкалиемией, урикурией, канальцевой протеинурией[3].

В настоящее время с учетом роста хронической патологии особое внимание уделяется обменным нефропатиям, которые приводят к развитию хронической болезни почек [1, 4].

Общими чертами, характеризующими дисметаболические нефропатии, являются перенасыщение мочи, мочевого синдромом в виде кристаллурии, наличие солевых включений в чашечно-лоханочной системе[2, 3]. Такие состояния, представленные в МКБ-Х, отображены в табл. 1.

Таблица 1. Состояния, которые могут сопровождаться накоплением кристаллов солей в почках (МКБ-Х)

Рубрика	Код	Нозология
Болезни почек	N11.9	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный
	N15.8	Другие уточненные тубулоинтерстициальные болезни почек
	N16.3	Тубулоинтерстициальные поражения почек при нарушении обмена веществ
Нарушения обмена веществ, эндокринные заболевания	E74.8	Другие уточненные нарушения обмена. Оксалурия
	E79.0	Гиперурикемия (бессимптомная). Другие нарушения обмена пуринов
	E83.5	Нарушения обмена кальция. Идиопатическая гиперкальциурия
Отклонения от нормы, которые выявляются при исследовании мочи в отсутствие диагноза	R82, R82.9	Другие неуточненные отклонения, выявленные при исследовании мочи (клетки, кристаллы)

Цель: клинико-статистическая оценка дисметаболических нефропатий в педиатрической практике.

Задачи:

1. Проанализировать частоту, структуру, клинико-лабораторные проявления дисметаболических нефропатий.

2. Оценить эффективность метаболической коррекции дисметаболических нефропатий.

Материал и методы. В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ 60 историй пациентов, которые проходили лечение на базе Республиканского центра детской нефрологии и почечно-заместительной терапии г. Минска в 2014 году с дисметаболическими нефропатиями.

Результаты и их обсуждение. Частота дисметаболических нефропатий по данным архивного материала нефрологического отделения 2-й ГДКБ составила

9,8%. Данное заболевание с одинаковой частотой регистрировалась у мальчиков и девочек (48% и 52% соответственно). При этом средний возраст составил 10-11 лет.

Наиболее частыми диагнозами при поступлении были: ИМС в 35,0% случаев, нефропатия с гематурией и протеинурией в 18,3% случаев и наследственные нефриты в 13,3% случаев.

Диагноз оксалатной нефропатии был выставлен у 52 (86,7%) пациентов, фосфатурии – у 7(11,7%) пациентов и уратной нефропатии – у 1(1,6%) ребенка.

При анализе лабораторных данных, в общем анализе мочи была отмечена незначительная протеинурия в 11,7% случаев, умеренная – в 20% случаев, выраженная – в 6,7% случаев. Также была отмечена микро- и макрогематурия с частотой 16,7% и 28,3% соответственно. Суточная экскреция оксалатов находилась в пределах 1,7-3,5 мг/кг/сутки, при норме до 1 мг/кг/сутки.

При анализе инструментальных данных было установлено, что диффузные изменения почек и мочевого пузыря по данным УЗИ были зарегистрированы у 51,7% детей. Артериальная гипертензия по данным СМАД была выявлена у 6,7% детей.

В качестве лечения всем детям проводилась элиминационная диета, метаболическая поддержка и фитотерапия в течение 1 месяца. При этом наиболее часто используемыми для лечения препаратами были: канефрон (90%), эссенциале (48%), аевит (28%) и магвит (80%). При оценке эффективности проведенного лечения отмечалась следующая динамика: отсутствие жалоб (91%), снижение уровня кристаллурии (76%) и нормализация ОАМ (80%).

Выводы:

1. По данным архивного материала нефрологического отделения 2-й ГДКБ частота дисметаболических нефропатий составила 9,8%.

2. Среди структуры дисметаболических нефропатий преобладает оксалатная кристаллурия (86,7%), суточная экскреция оксалатов составила в среднем 2,5 мг/кг/сутки.

3. Основные лабораторные признаки дисметаболических нефропатий: микрогематурия (16,7%), макрогематурия (28,3%) и протеинурия (38,4%).

4. У 35% детей дисметаболическая нефропатия была выявлена на фоне инфекции мочевой системы.

5. На фоне элиминационной диеты, метаболической поддержки и фитотерапии Канефроном в течении 1 месяца отмечалась положительная динамика: отсутствие жалоб, снижение уровня кристаллурии (до 1,5-1,8 мг/кг/сутки), нормализация ОАМ (эритроциты до 7-8 в поле зрения, протеинурия до 0,03 г/л).

Y. A. Shishko

DISMETABOLIC NEPHROPATHY IN PEDIATRIC PRACTICE

Tutors: candidate of medical science, Assistant Professor Zaitseva E. S.

1st Department of Childhood diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

69-я научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

Литература

1. Длин В.В., Османов И.М., Юрьева Э.А., Новиков П.В. Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей. — М.: Оверлей, 2005. —232 с.
2. Малкоч А.В., Гаврилова В.А. Дисметаболические нефропатии у детей // Лечащий врач. — 2006. — № 1. — С. 32-36.
3. Игнатова М.С., Коровина Н.А. Диагностика и лечение нефропатий у детей. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2007. — 336 с.
4. Зубаренко А.В., Стоева Т.В. Дисметаболические нефропатии в педиатрической практике // Здоровье ребенка. —2009 —№4(19).
5. Cameron J. S., Moro F., Simmonds H. A. Gout, uric acid and purine metabolism in paediatric nephrology// *Pediatr. Nephrol.* 1993; 7: 105-118.