

УДК 616.61+616-003.7+613.95

ПОШИРЕНІСТЬ ДИЗМЕТАБОЛІЧНИХ НЕФРОПАТІЙ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Лембрик І.С, Айб Н.Р.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна

Prevalence of dysmetabolic nephropathies among children in Ivano-Frankivsk region

Lembryk I.S., Ajb N.R.

HEI "Ivano-Frankivsk National Medical University"

The article is devoted to prevalence of dysmetabolic nephropathy in the structure of nephritic morbidity in Ivano-Frankivsk region compared with common Ukrainian indexes. The sample in this case covers last six years. It was established that dysmetabolic nephropathies occupy second place after urinary tract infections, without tendency to decrease. Analysis of the given data showed no distribution of dysmetabolic nephropathy in children, depending on the type and origin. Certain features of dysmetabolic nephropathy, depending on region of residence, and diet was revealed. The results correlated with the data of foreign literature.

Key words: children, dysmetabolic nephropathy, incidence, region.

Распространенность дисметаболических нефропатий среди детского населения Ивано-Франковской области

Лембрик И.С, Айб Н.Р.

ГБУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

В статье обозначена распространенность дисметаболической нефропатии в структуре нефрологической заболеваемости по Ивано-Франковской области по сравнению с общеукраинским показателем. Выборка при этом охватила последние шесть лет. Установлено, что нефропатии занимают второе место после инфекционных заболеваний мочевой системы, не обнаруживая тенденции к снижению. Анализ полученных данных не показал распределения дисметаболической нефропатии в зависимости от вида и генеза. Обнаружены определенные особенности распространенности нефропатий в зависимости от региона проживания и нарушений диеты. Полученные результаты коррелируют с данными иностранной литературы.

Ключевые слова: дети, дисметаболическая нефропатия, распространенность, регион.

Адреса для кореспонденції:

Лембрик Ірина Степанівна – доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; м. Івано-Франківськ, вул. Коновальця 132, 76018; тел.03422-527-386; e-mail: irunka80@ukr.net

Особливу зацікавленість вчених на сучасному етапі викликає проблема обмінних захворювань нирок або дизметаболических нефропатій (інша назва - мікронефролітаз, сольовий діатез, сечо-кислий діатез), які нерідко стають першопричиною звернень батьків до нефролога та сімейного лікаря [1, 3, 4].

При вивченні вітчизняної літератури з даного питання ми стикнулися із тим, що нових даних про поширеність дизметаболическої нефропатії у структурі дитячої та підліткової нефрологічної захворюваності обмаль [1, 4, 5, 7, 8].

Аналіз наукових даних із пошукових систем PubMed та Cohrane Database за останнє десятиліття дозволив стверджувати, що первинна захворюваність на сечокам'яну хворобу та мікронефролітаз становить від 27% до 69% випадків у структурі захворюваності сечовидільної системи серед підліткового населення [2, 3].

При цьому така кристалурія не є проявом справжньої дизметаболическої нефропатії (ДМНП), оскільки не призводить до порушення тубулярного апарату нирок, зникаючи після ліквідації етіологічного чинника. Так само і постійна кристалурія вторинного генезу (за наявності дисбіозу, хронічних захворювань) не обов'язково є наслідком запальних захворювань нирок [1, 2, 3, 11]. Але традиційно саме наявність кристалурії стає підставою для діагнозу ДМНП в щоденній практиці педіатра [7, 9, 10, 11].

Мета дослідження: встановити поширеність дизметаболических нефропатій серед дітей та підлітків Прикарпаття протягом останніх років (з 2010-го по 2016 роки включно).

Для виконання поставлених завдань нами проаналізовано 120 медичних карт амбулаторних пацієнтів із дизметаболическою нефропатією (Форма №030/о), які звернулися у кабінет нефролога ОДКП протягом 2014-2016 років, а також дані статистичних звітів за період з 2010 по 2016 роки. Математичну обробку результатів проводили за допомогою комп'ютерної програми Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними статистичних звітів МОЗ України поширеність хвороб сечостатевої системи у дітей та підлітків впродовж останніх років стабілізувалася на одному рівні, та не виявляє тенденції до зниження (рис. 1).

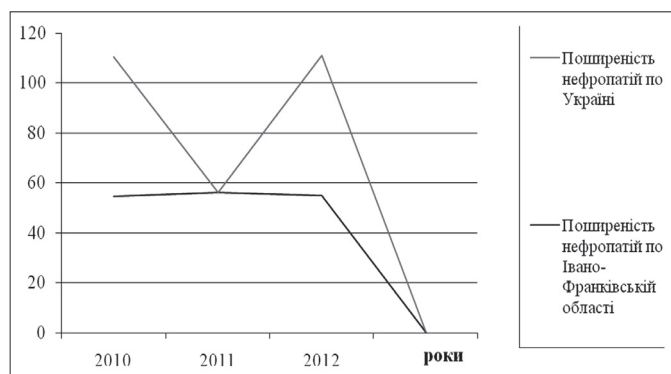


Рис. 1. Поширеність захворювань сечостатевої системи по Івано-Франківській області у порівнянні із загальнодержавним показником, за період із 2010- по 2012 роки (%)

Як видно з наведених даних, середньостатистичний показник поширеності обмінних нефропатій в Івано-Франківській області, за даними офіційної медичної статистики, склав 54,76 проти 55,75 по Україні, $p > 0,05$, і коливається у різних регіонах від 41,55-68,5-90,49 на 1000 дитячого населення (д.н.) у певних районах області (Богородчанський, Галицький та Долинський) у 2012 році до 39,7-67,5-109,5 на 1000 д.н. у 2010 році.

Дані статистичної медичної звітності по Івано-Франківській області вказують на те, що у 2014 році зареєстровано 15308 випадків захворювань сечостатевої системи серед дітей віком 0-17 років, у тому числі вперше у житті – 8215 випадки на 1000 д.н. Натомість, у 2016 році цей показник становив вже 6119 випадків на 1000 д.н.

В різних районах області поширеність нефрологічних недуг за період з 2014 по 2016 роки є різною, і коливається від 28,8 до 57,5 випадків на 1000 населення відповідного віку.

Найбільша поширеність хвороб сечостатевої системи станом на сьогодні реєструється в обласному центрі (24,2%), Тисменецькому (14,8%), Надвірнянському (12,9%), Богородчанському (8,2%) районах, у містах Калуші (7,3%) та Рожнятові (6,1%).

Слід зауважити, що ріст окремих показників у певних регіонах області, а також їх позитивна динаміка у порівнянні із загальнодержавним показником пояснюється покращенням діагностики, активним охопленням контингенту нефрологічних хворих профілактичними оглядами з одного боку, та особливостями біогеохімічної зони проживання (їдеться про 6 гірських районів, бідних на фтор, йод, залізо, мідь) тощо.

Нами проведено аналіз медичної документації нефрологічного кабінету ОДКП з приводу структури нефрологічної патології за період 2014-2016 (рис. 2).

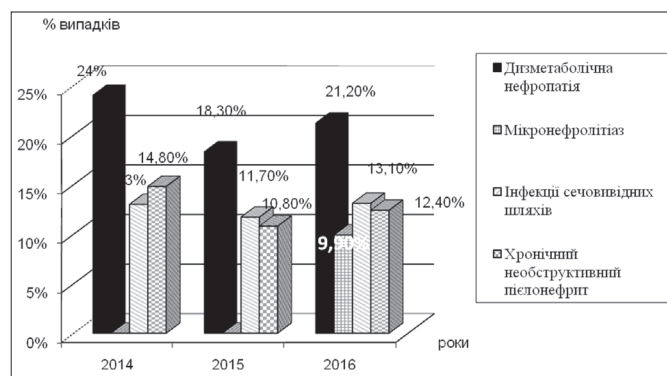


Рис. 2. Розподіл найпоширенішої нефрологічної патології у дитячому віці за даними первинного звернення (у % випадків), n=120

Як бачимо з наведених даних, найчастішою причиною звернень до нефролога ОДКП за звітний період була дизметаболическа нефропатія (24,0% у 2014 році проти 21,0% випадків у 2016 році, $p > 0,05$), а також хронічний необструктивний пієлонефрит у фазі загострення, який виникав найчастіше на фоні дизметаболическої нефропатії

(14,8% у 2014 році проти 12,4% у 2016 році, $p > 0,05$).

Згідно витягів зі статистичних звітів, в структурі нефрологічної патології за 2016 рік на першому місці знаходяться мікробно-запальні захворювання сечових органів – 44,5%, друге місце займають дизметаболичні нефропатії – 21,2%, гломерулонефрит – 3,6% аномалії розвитку – 2,8% , інші (спадкові та вроджені недуги нирок та сечової системи) – 16% (табл. 1)

Таблиця 1

Характеристика обстежених хворих із нефрологічною патологією залежно від місця проживання, n=10168

Кількість хворих із нирковою патологією	2014 рік	2015 рік	2016 рік	Достовірність різниці
3 міста	968 (24.6%)	954 (26.3%)	718 (27.6%)	$p > 0,05$
3 районів	2940 (74.6%)	2651 (73.0%)	1857 (71.3%)	
Всього	3934	3631	2603	

Вище наведене засвідчило, що найбільша кількість дітей отримала консультацію дитячого нефролога у 2014 році проти 2016-го (3934 і 2603, $p < 0,01$).

Без направлення педіатрів ЦРЛ за звітний період прийнято 73 дитини – 2,8%. З консультативно-діагностичною метою проконсультовано 2127 дітей (81,7%), з лікувальною метою 427 дітей – 16,4% від загальної кількості оглянутих. Дітей з пізнім зверненням до лікаря було – 11 (0,4%).

На диспансерному обліку в нефролога станом на 2016 рік перебуває 102 пацієнти у порівнянні з 2015 роком – 99 дитини. Направлено у 2016 році в стаціонар з поліклініки на госпіталізацію 513 дітей, що становить 19,7% від кількості оглянутих в поліклініці дітей.

Протягом перших 9-ти місяців 2016 року, на диспансерному спостереженні у дитячого нефролога ОДКП перебуває 6119 дітей віком 0-17 років із хворобами сечостатевої системи, у структурі яких порівняно часто трапляються інфекції нирок та сечових шляхів – 38,2%, у тому числі – хронічний пієлонефрит 20,4%, цистит – 0,5%.

Віковий розподіл нефрологічних хворих, що підлягали амбулаторному спостереженню за звітний період подано на рис. 3.

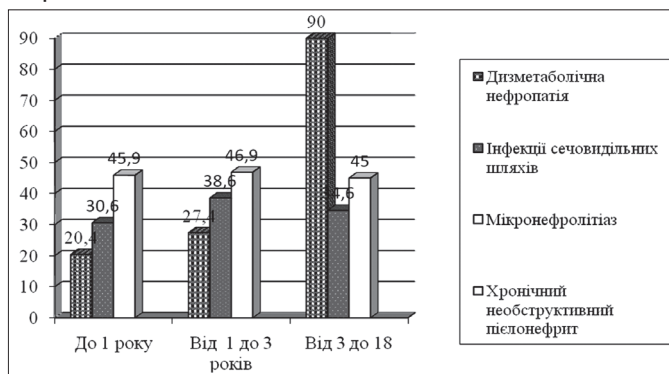


Рис. 3 Гендерний склад обстежених пацієнтів із дизметаболичною нефропатією за 2016 рік

Як бачимо з наведених даних, найбільш часто дизметаболична нефропатія зустрічається у віковій групі від 3 до 18 років у порівнянні з дітьми до 1 року (90% і 45%, $p < 0,05$). Середній вік хворих із мікронефролітазом склав $11,5 \pm 4\%$ роки.

Натомість, інфекції сечовидільних шляхів зустрічаються у всіх вікових групах з однаковою частотою (30,6% і 34,6%, $p > 0,05$).

Гендерний склад обстежених пацієнтів із дизметаболичною нефропатією за 2016 рік подано на рис. 3.

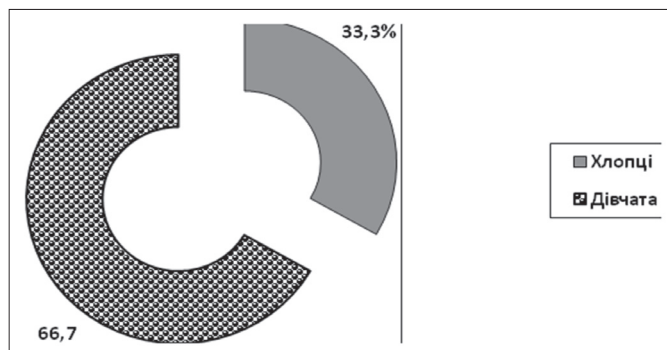


Рис. 4. Віковий розподіл хворих із дизметаболичною нефропатією за даними первинного звертання, n=120

З наведених даних випливає, що серед хворих на дизметаболичну нефропатію переважали дівчатка – 3:1, що співпадає із даними по Україні (рис. 4) [2,3].

Середня тривалість недуги від моменту звертання становила від 1 до 3-х років ($2,0 \pm 0,5$ рецидивів %), а середня частота рецидивів ниркової кольки склала від 1 до 3 разів на рік ($3,0 \pm 0,5$ рецидивів %)[1, 2, 3].

Провівши аналіз роботи нефрологічного кабінету за 9 місяців поточного року, ми можемо відмітити, що найбільше дітей на консультативний прийом звертається з міста Івано-Франківськ (24,2%), Тисменицького (14,8%), Надвірнянського (12,9%), Богородчанського (8,2%), рідше – Калуського (7,3%) та Рожнятівського районів (6,1%),

Таку частоту звернень з приводу дизметаболичної нефропатії у дітей різного віку на даному етапі можемо пояснити наявністю тригерних чинників, зокрема: недостатній водний режим (70%), рідке або часте сечовипускання (%), порушення дієти, зокрема штучне вигодування в анамнезі, а у більш старшому віці – сухоїдіння (50%), вживання снеків, «trashfood» у вигляді чіпсів та сухариків (30%), переважання смажених і жирних страв (25%) [2, 4, 5].

Розподіл хворих по районах області дав нам підставу вважати, що екологічні особливості регіону, а також характер вигодування на першому році життя впливають на розвиток дизметаболичної нефропатії в обстежених нами хворих [1, 2, 3].

Найменше дітей надходить на консультативний прийом у кабінет нефролога – з міст Яремча (2,6%), Рогатинського району (0,9%), Болехів (0,6%), сіл та містечок Верховинського району (0,6%).

Зазначимо, що 87,6% пацієнтів, проконсультованих у кабінеті нефролога, скеровано на стаціонарне лікування у спеціалізоване відділення ОДКЛ.

Одним із показників ефективності роботи відділення на який ми звернули увагу при рецензуванні медичної документації, була середня тривалість перебування дитини на нефрологічному ліжку (табл. 2)

Таблиця 2

Середня тривалість перебування на нефрологічному ліжку за період 2014-16 роки, n=100

Нозологічні одиниці	Роки спостереження		
	2014	2015	2016
Хронічний необструктивний пієлонефрит	13.5	13.6	13.3
Дизметаболічна нефропатія	14.6	12.8	13.8
Сечокам'яна хвороба, мікронефролітіаз	14.1	12.6	11.3

Як свідчать наведені дані, середня тривалість перебування на нефрологічному ліжку в 2014 році склала 14,1 проти 11,3 у 2016 році, що свідчить, на наш погляд, про кращу ефективність лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів із нефропатіями.

На відсоток госпіталізації впливали також особливості, а саме неспецифічність клінічної симптоматики у дітей із дизметаболічною нефропатією, а саме часте сечовипускання (70%), біль під час сечопуску (50%), біль у поперековій ділянці (45%), нетривалий субфебрилітет (30%). При цьому дизметаболічна нефропатія була фоновим захворюванням, тобто виникала на тлі інфекції сечовидільної системи. При ізольованому перебігу патології частими були дизуричні явища (75%).

В структурі захворювань, з якими дітей було госпіталізовано у стаціонар, питома вага обмінних порушень у вигляді дизметаболічних нефропатій та сечокам'яної хвороби склала 13,1% випадків проти 18,3% у 2015 році, $p < 0,05$.

Нами прослідковано клінічний маршрут таких пацієнтів, зокрема відсоток пролікованих та виписаних зі стаціонару дітей із дизметаболічною нефропатією за звітний період (табл. 3)

Таблиця 3

Розподіл виписаних нефрологічних хворих по нозологічним формам, n=120

Нозологія	2014		2015		2016	
	Абсолютне число	Питома вага	Абсолютне число	Питома вага	Абсолютне число	Питома вага
Хронічний необструктивний пієлонефрит	82	10.5%	103	12.7%	84	14.0%
Дизметаболічна нефропатія	60	7.7%	58	7.2%	47	7.8%
Сечокам'яна хвороба, мікронефролітіаз	65	8.3%	90	11.1%	32	5.3%

З наведених даних випливає, що питома частка сечокам'яної хвороби та мікронефролітіазу в структурі виписаних хворих (остаточний діагноз) за період із 2014 по 2016 роки склала 8,3% у 2014 році проти 5,3% у 2016 році, $p < 0,05$. Частка дизметаболічної нефропатії як первинного діагнозу склала 7,7% у 2014 році проти 7,8% у 2016 році, що не є статистично достовірним, $p > 0,05$.

Висновки:

1. Аналіз даних статистичних звітів за останні шість років, а також вивчення первинної медичної документації поліклініки та стаціонару за останні три роки, дозволили стверджувати, що дизметаболічні нефропатії на даний час займають друге місце у структурі захворюваності сечовидільної системи і не виявляють тенденції до зниження.
2. Поширеність даної недуги є неоднорідною у різних регіонах області, що засвідчує з одного боку, покращення діагностики, а з іншого, - певні екологічні особливості регіону проживання, різний стиль життя, порушення дієти пацієнтів.
3. Для досягнення ефективності у виявленні та терапії дітей із дизметаболічними нефропатіями в Івано-Франківській області потрібна систематична наступність у спостереженні та лікуванні. А на поліклінічному етапі доцільним видається більш активне виявлення недуги шляхом профілактичних оглядів здорових контингентів. Це попередить формування вторинного не обструктивного хронічного пієлонефриту в пацієнтів із дизметаболічними нефропатіями.

Література/References

1. Будник Т.В. Обменная нефропатия у детей: актуальность диагностики, прогноза и своевременной коррекции // Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя». - № 6(283). - 2012. - С. 74-75.
2. Головачова В.О. Захворюваність та поширеність нефропатій у дітей міста Харкова в умовах екологічного неблагополуччя сьогодні [Текст] / В.О. Головачова // Перинатологія та педіатрія. - 2010. - № 2. - С. 92-94.
3. Сукало А.В., Пискун Т.А. Дизметаболіческие нефропатии у детей / А.В. Сукало, Т.А. Пискун // Здоровоохранение. - № 8. - 2012. - С. 35-41.
4. Multiple genetic loci influence serum urate levels and their relationship with gout and cardiovascular disease risk factors / Q. Yang, A. Dehghan et al. // Circ. Cardiovasc. Genet. - 2010. - Dec. 3(6). - P. 523-30. doi: 10.1161/CIRCGENETICS.109.934455. Epub 2010. Sep 30.
5. Trinchieri A. Diet and renal stone formation / A. Trinchieri // Minerva Med. - 2013. - Feb. - № 104(1). - С. 41-54.
6. Urinary lithogenic risk profile in recurrent stone formers with hyperoxaluria: a randomized controlled trial comparing DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)-style and low-oxalate diets / N. Noori, E. Honarkar, D.S. Goldfarb et

- al. // Am. J. Kidney Dis. -2014.- Mar;63(3):P.456-63. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.11.022.
7. Tasian G.E. Evaluation and medical management of kidney stones in children / G.E. Tasian, L.J. Copelovitch // http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Copelovitch%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24960469 Urol. -2014.-Nov;192(5).-P.1329-36. doi:0.1016/j.juro.2014.04.108. Epub 2014 Jun 21.
8. Heilberg I.P. Optimum nutrition for kidney stone disease / I.P. Heilberg, D.S. Goldfarb // Adv. Chronic Kidney Dis. -2013.- Mar;-20(2).-P. 165-74. doi: 10.1053/j.ackd.2012.12.001.
9. Dietary treatment of urinary risk factors for renal stone formation. A review of CLU Working Group / D. Prezioso, P. Strazzullo, T. Lotti et al. // Arch. Ital. Urol. Androl. -2015.- Jul 7.-87(2).-P.105-20. doi: 10.4081/aiua.2015.2.105.
10. Kidney stones: an update on current pharmacological management and future directions / Xu H., A.L. Zisman, F.L. Coe et al. // Expert Opin. Pharmacother. -2013 Mar;14(4).-P. 435-47. doi: 10.1517/14656566.2013.775250.
11. Dietary interventions for preventing complications in idiopathic hypercalciuria / J. Escibano, A. Balaguer, M. Roqu i Figuls et al. // Cochrane Database Syst. Rev. -2014.- Feb.- 11.-2:CD006022. doi: 10.1002/14651858.CD006022.pub4.

Відомості про авторів:

Лембрик Ірина Степанівна – доктор медичних наук, професор кафедри педіатрії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; м. Івано-Франківськ, вул. Коновальця 132, 76018; тел. 03422-527-386; e-mail: irunka80@ukr.net

Айб Н.Р. - асистент кафедри педіатрії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; м. Івано-Франківськ, вул. Коновальця 132, 76018; e-mail: aybn@mail.ua

© І.С. Лембрик, Н.Р. Айб, 2017