

УДК 616.6.9:616-053.2/3

**СТРУКТУРА ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

А.Н. ЗАГРУБИНА

Ставропольская государственная медицинская академия

Аннотация: под наблюдением находились 112 детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет с острыми внебольничными инфекциями верхних и нижних мочевых путей, на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Среди факторов риска возникновения инфекций мочевой системы у детей на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани наиболее часто встречались наличие хронических очагов инфекции в носоглотке, аллергические реакции, угроза прерывания и гестоз во время беременности, частые острые респираторные заболевания и наличие в анамнезе ребенка вульвовагинитов или баланопоститов. В структуре соматических аномалий у детей с инфекцией мочевыводящих путей преобладали: инфравезикальная обструкция, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря и дисметаболическая нефропатия.

Ключевые слова: дети, инфекция мочевой системы, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

THE STRUCTURE OF VISCERAL DISPLAYS OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN WITH URINARY TRACT INFECTION

A.N. ZAGRUBINA

Stavropol State Medical Academy

Abstract: 112 children at the age from 1 month till 5 years with acute community-acquired infections of the upper and lower urinary tract against the background of undifferentiated connective tissue dysplasia were under supervision. Among the risk factors of urinary tract infections in children against the background of undifferentiated connective tissue dysplasia most frequent presence of chronic infection foci in the nasopharynx, allergic reactions, the threat of termination and gestosis during pregnancy, frequent acute respiratory disease and the presence of vulvovaginitis or balanoposthitis in children's anamnesis. The structure of somatic anomalies in children with urinary tract infection predominated: infra-vesical obstruction, neurogenic bladder dysfunction and dysmetabolic nephropathy.

Key words: children, infection of the urinary system, undifferentiated connective tissue dysplasia.

Дисплазия соединительной ткани – генетически обусловленная аномалия соединительнотканного матрикса организма, приводящая к снижению прочности опорного соединительнотканного каркаса различных органов и систем [2,4,5,7].

Клиническая картина *инфекции мочевой системы* (ИМС) у детей в последнее время претерпевает определенный патоморфоз, проявлением которого служит увеличение случаев маломанифестного и латентного течения болезни, что затрудняет ее своевременную диагностику и, следовательно, отдалает начало адекватных терапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий, а значит, может привести к росту хронических форм заболеваний [1,9]. По мнению многих авторов, одной из причин такого течения нефропатий является развитие заболевания почек и мочевыводящих путей на фоне *недифференцированной дисплазии соединительной ткани* (НДСТ) [3,6,8].

Цель исследования – выявление основных висцеральных проявлений НДСТ у детей с ИМС и определение факторов риска развития микробно-воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей на фоне НДСТ.

Материалы и методы исследования. Было проведено продольное проспективное исследование. Под наблюдением находились 112 детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет с острыми внебольничными инфекциями верхних и нижних мочевых путей, на фоне НДСТ (I группа). В группу сравнения вошли 34 пациента без НДСТ с аналогичными заболеваниями мочевыводящей системы (II группа). Наблюдение и обследование больных проводилось на базе нефрологического отделения детской городской клинической больницы им. Г.К. Филиппского.

Критерии включения в исследование: дети до 5 лет, с острыми внебольничными инфекциями верхних и нижних мочевых путей. Критерии исключения в исследование: дети старше 5 лет, дети с хроническими инфекциями верхних и нижних мочевых путей.

Всем детям, находившимся под наблюдением, проведено традиционное нефроурологическое обследование. В план обследования входило ЭхоКГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря, микционная цистоуретрография и экскреторной урографии.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью прикладных программ Microsoft Exel и пакета программ SPSS 16 с использованием параметрических и непараметрических методов. Критический уровень значимости p при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. В основной группе средний возраст пациентов составил $2,52 \pm 0,28$ лет, а в группе сравнения – $0,99 \pm 0,31$ лет. В обеих группах детей преобладали девочки, однако соотношение мальчики:девочки в группе детей с микробно-воспалительными заболеваниями *органов мочевой системы* (ОМС) на фоне НДСТ составило 1:10, а в группе сравнения – 1:4. Распределение детей в группах по нозологическим формам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение детей по нозологическим формам

Формы	Группы детей			
	I группа (основная) N=112		II группа (контрольная) N=34	
	Абс.	%	Абс.	%
ИМВП неосложненная	-	-	1	2,9
ИМВП осложненная	19	17,0	-	-
ИМВП неуточненная	13	11,6*	24	70,6*
острый неуточненный ПН	5	4,4*	9	26,5*
острый вторичный обструктивный ПН	59	52,7	-	-
острый вторичный дисметаболический ПН	4	3,6	-	-
острый вторичный смешанный (обструктивный+дисметаболический) ПН	12	10,7	-	-
Всего	112	100,0	34	100,0

Примечание: * – $p < 0,05$ достоверность различий между группами детей

В основной группе активность воспалительного процесса I степени наблюдалась у 18 (16,1%) детей, II степени – у 28 (25%) детей, III степени – у 30 (26,8%) детей с НДСТ. Тогда, как в группе сравнения активность II степени наблюдалась у 4 (11,8%), III степени – у 5 (14,7%) больных, однако эти различия были не достоверны. Признаки почечной недостаточности регистрировались у 4 детей основной группы (3,6%), в контрольной группе у всех детей заболевание протекало без нарушения функций почек.

При анализе анамнестических данных обследуемых детей выявлено, что в обеих группах наследственность отягощена по заболеваниям ОМС (29,5%, 26,5% – соответственно) и обменным нарушениям (у 20,5% детей с НДСТ, у 14,7% детей без НДСТ). Среди факторов риска возникновения ИМС у детей на фоне НДСТ наиболее часто встречались следующие: наличие хронических очагов инфекции в носоглотке (аденоидит, тонзиллит) (53,5%), аллергические реакции (52,7%), угроза прерывания (31,3%) и гестоз во время беременности (28,6%), частые острые респираторные заболевания (26,8%) и наличие в анамнезе ребенка вульвовагинитов или баланопоститов (23,2%).

Начало заболевания на первом году жизни достоверно чаще регистрировалось в группе детей без НДСТ ($p < 0,001$), тогда как в группе детей с НДСТ заболевание диагностировалось чаще с 3 до 5 лет ($p < 0,05$), у 18% детей данной группы эпизод заболевания был вторым или третьим.

Среднее число признаков-фенов у детей с инфекцией мочевой системы составило 7,95. Легкая степень тяжести НДСТ наблюдалась у 15,8%, средняя степень тяжести – у 81,6%, тяжелая степень тяжести – у 2,6% детей. Наиболее часто выявлялись следующие внешние фенотипические признаки НДСТ: бледность кожных покровов (94,7%), просвечивание венозной сети (86,8%), деформации грудной клетки (81,6%), широкая переносица (68,4%) и седловидный нос (57,9%), гипертелоризм (57,9%), высокое небо (50%).

В структуре соматических аномалий у детей с микробно-воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей преобладают: инфравезикальная обструкция, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря и дизметаболическая нефропатия, остальные аномалии регистрировались реже (табл. 2).

Структура висцеральных проявлений НДСТ у детей основной группы

Висцеральные проявления НДСТ	n	%
Со стороны органов мочевыделительной системы		
Инфравезикальная обструкция	76	67,9
Дизметаболическая нефропатия	26	23,2
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	19	17
Удвоение чашечно-лоханочной системы	3	2,7
Незавершенный поворот почки	1	0,9
Нефроптоз	1	0,9
Уретерогидронефроз	2	1,8
Макроцистис	7	6,3
Пиелоэктазия	6	5,4
Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	33	29,5
Всего	174	
Со стороны сердца и сосудов		
АХЛЖ	13	11,6
ООО	2	1,8
Дисфункция ТКП	3	2,7
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	2	1,8
ПМК	5	4,5
Всего	25	
Со стороны органов зрения		
Колобова диска зрительного нерва	2	1,8
Миопия	2	1,8
Всего	4	
Со стороны органов пищеварения		
Билиарная дисфункция	3	2,7
Аномалия/Контурная деформация желчного пузыря	4	3,6
Всего	7	

Заключение. В обеих группах детей преобладали девочки, однако соотношение мальчи-ки:девочки в группе детей с микробно-воспалительными заболеваниями органов мочевой системы на фоне НДСТ составило 1:10, в группе сравнения – 1:4. Активность воспалительного процесса была выше у детей с НДСТ.

Среди факторов риска возникновения ИМВП у детей на фоне НДСТ наиболее часто встречались наличие хронических очагов инфекции в носоглотке, аллергические реакции, угроза прерывания и гестоз во время беременности, частые ОРВИ и наличие в анамнезе ребенка вульвовагинитов или баланопоститов.

Среднее число признаков-фенов у детей с инфекцией мочевой системы составило 7,95. Легкая степень тяжести НДСТ наблюдалась у 15,8%, средняя степень тяжести – у 81,6%, тяжелая степень тяжести – у 2,6% детей. Наиболее часто выявлялись следующие внешние фенотипические признаки НДСТ: бледность кожных покровов, просвечивание венозной сети, деформации грудной клетки, широкая переносица и седловидный нос, гипертелоризм, высокое небо.

В структуре соматических аномалий у детей с микробно-воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей преобладали: инфравезикальная обструкция, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря и дизметаболическая нефропатия.

Литература

1. Гриценко, В.А. Факторы риска развития пиелонефрита у детей / В.А. Гриценко, О.В. Бухарин, А.А. Вялова // Рос.вестн. перинатол. и педиатр.– 2006.– № 4.– С. 25–31.
2. Демин, В.Ф. Значение соединительнотканых дисплазий в патологии детского возраста / В.Ф. Демин, С.О. Ключникова, М.А. Ключникова // Вопр. совр. педиатрии.– 2005.– Т.4.– № 1.– С. 50–56.
3. Калдыбекова, А.А. Недифференцированный синдром соединительнотканной дисплазии в нефрологической практике / А.А. Калдыбекова // Уральский медицинский журнал.– 2006.– № 8.– С. 5–8.
4. Калмыкова, А.С. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей / А.С. Калмыкова, Н.В. Ткачева, Н.А. Федько.– Ставрополь, 2009.– 318 с.

5. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани: клинические проявления, возможности диагностики и патогенетического лечения / А.В. Клеменов.– М.: Военно-Медицинский Институт федеральной службы безопасности России, 2005.– 120 с.

6. Особенности течения вторичного пиелонефрита на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Н.А.Хрущева [и др.]. // Уральский медицинский журнал.– 2007.– № 9.– С. 67–71.

7. *Стрельцова, Е.В.* Семейный анамнез фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани / Е.В. Стрельцова, А.С. Калмыкова // Медицинский вестник Северного Кавказа.– 2011.– № 1.– С. 36– 38.

8. *Узунова, А.Н.* Особенности почечной гемодинамики у детей с хроническим вторичным пиелонефритом, развившимся на фоне дисплазии соединительной ткани / А.Н. Узунова, А.Ю. Кинзерский, Л.В. Глухова // Педиатрия.– 2006.– №5.– С. 10–12.

9. *Юшко, Е.И.* Инфекция мочевыводящих путей у детей: эпидемиология, этиопатогенез, клиника, исходы и профилактика / Е.И. Юшко // Урология.– 2008.– № 2.– С. 57–64.