МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (ПГУ)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

(АПМНО-2019)

СБОРНИК СТАТЕЙ
по материалам VII Международной научной конференции,
посвященной 80-летию Пензенской области
и 20-летию Медицинского института
Пензенского государственного университета

г. Пенза, 11–14 сентября 2019 г.

Под редакцией
А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко

Пенза
Издательство ПГУ
2019

Сравнивая результаты наших исследований при использовании таблице Орловой и таблицы JEI/JEI

	Таблица Орловой		JEI/JEI	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Малодостоверные данные (путают картинки или допускают ошибки)	11	15,5	7	9,8
Повторяемость результатов	6	8,4	2	2,8

Вывод. Из таблицы видно, что точность проверки остроты зрения заявляемым способом на 5,7 % выше, чем способом-прототипом по таблице Орловой, что предлагаемый способ проверки остроты зрения у детей дошкольного возраста и у глухонемых детей точнее и достовернее, чем стандартное исследование по таблице Орловой и имеет целый ряд преимуществ.

Разработанный новый метод является более простым, доступным и быстрым ориентировочным способом исследования остроты зрения у здоровых детей дошкольного возраста, и у глухонемых детей. При исследовании новым методом остроты зрения у детей фиксируется понимание инструкции, быстрота, точность выполнения, адекватность действия, заинтересованность, результат развития, обучаемость.

Библиографический список

1. Глазные болезни : учебник / под ред. В. Г. Капаевой. – Москва : Медицина, 2002. – 560 с.

2. А. с. 2269921 РФ. Устройство для определения остроты зрения / Т. Г. Тлупова, С. Т. Чернышева, Ю. З. Розенблюм, А. Х. Тутуков ; заявл. 17.05.2004 ; опубл. 20.02.2006, Бюл. № 5.

3. А. с. 1347934 СССР. Способ исследования остроты зрения / В. А. Филин ; заявл. 03.01.1985 ; опубл. 30.10.1987, Бюл. № 40.

УДК 616.61-002.3-053.2

Г. В. Долгушкина, О. К. Смирнова, О. В. Алексеева

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»
Пенза, Россия (440026, г. Пенза, ул. Красная, 40)

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Аннотация. Пубертатный период является критическим в становлении репродуктивного здоровья девочек-подростков. Наличие хронического пиелонефрита (ПН) в этом возрасте имеет свои особенности. Показаны факторы риска развития ПН в пубертатный период. Представлены варианты течения хронического ПН у девочек-подростков в современных условиях.

Ключевые слова: пиелонефрит, девочки-подростки, пубертатный период, репродуктивное здоровье.

Актуальность. Пиелонефрит у детей и подростков представляет важную медико-социальную проблему. Распространенность этого заболевания в детском возрасте остается высокой и имеет тенденцию к неуклонному росту. Своевременную диагностику пиелонефрита в подростковом возрасте затрудняет большая вариабельность клиники и течение ПН под «маской» других заболеваний [1].

При этом важно помнить, что достигая пубертатного возраста, девочки-подростки с ПН формируют группу с высоким риском нарушений репродуктивного здоровья; в последующем с возможностью обострения хронического ПН во время беременности. ПН может осложнить как течение беременности, так и течение и исход родов, послеродового периода К сожалению, у девочек, родившихся от таких матерей, высока вероятность развития ПН [2]. Получается замкнутая система «девочка-подросток с ПН – беременная женщина с ПН – девочка с ПН». Поэтому изучение особенностей клиники пиелонефрита у девочек-подростков является актуальным и имеет большое

значение не только для своевременной диагностики ПН, но и для правильной оценки состояния их репродуктивного здоровья.

Цель исследования: изучение клиники хронического пиелонефрита у девочек – подростков в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова» г. Пензы. Под наблюдением нахо-дилось 48 девочек с хроническим ПН в возрасте 13–18 лет. Девочек разделили по возрастным категориям на 2 группы: 1 группа 13–15 лет – 26 чел., 2 группа 16–18 лет – 22 чел. Изучались данные антенатального анамнеза, клинические особенности течения ПН у девочек-подростков. Осуществлялись: оценка полового развития по методике J. Tanner; оценка физического развития. Всем обследуемым проводилось общепринятое в нефрологии клинико-лабораторное и инструментальное исследование, в том числе, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, микционная цистография, экскреторная урография. Девочки-подростки были осмотрены гинекологом, проводилось микроскопическое, бактериологическое исследование влагалищных мазков, УЗИ гениталий – по показаниям. Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением прикладных программ для статистической обработки данных Statistica® версии 6.0. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивали по критериям Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении особенностей течения антенатального периода установлено, что отягощенное течение беременности у матерей обследуемых девочек – в виде гестоза, угрозы прерывания беременности, обострения хронического пиелонефрита, артериальной гипертензии выявлено у 14 матерей (29,2 %); хронические воспалительные заболевания гениталий – у 17 чел. (35,4 %), что коррелирует с данными, полученными другими авторами [2, 3].

При оценке физического развития девочек с хроническим ПН в возрасте от 13 до 15 лет (1 группа) – отмечен низкий показатель массы тела и роста у 6чел. (23,1 %), во 2 группе – у 9 чел. (40,9 %). У девушек подростков 16–18 лет наблюдалось более выраженное снижение массы тела ($P < 0,05$). Отмеченная астенизация является особенностью развития современных девушек-подростков и может свидетельствовать как о повышенном андрогенном воздействии в пубертатный период на организм девочек, так и об инфантилизме [4].

Выявлены нарушения при оценке полового развития девочек: неправильный порядок появления вторичных половых признаков (лонное и аксиллярное оволосение опережало созревание молочных желез) – у 37,5 %; запаздывание среднего возраста наступления менархе – 12,8±0,1. Нарушение менструальной функции диагностировано – у 70,8 % обследуемых; причем, достоверных различий в 1 и 2 группах наблюдения не выявлено. Вероятно, расстройства менструальной функции в пубертатный период могут свидетельствовать не только о дисгормональных нарушениях, но и выступать маркерами хронических воспалительных процессов в организме [5].

У обследованных девочек-подростков были выявлены инфекции во влагалище – у 20 чел. (41,7 %), инфекции в мочевыводящих путях – у 25 чел. (52,1 %). Причем, достоверных различий в развитии воспалительных инфекций половой системы в исследуемых группах не установлено. При этом, инфекцию мочевыводящих путей достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностировали во 2 группе наблюдения – 45,5 %, тогда как в 1 группе – она была выявлена только у 15,4 % девочек. Персистенция микробного воспаления в половых органах и в мочевыводящих путях приводит к нарушению микробиоты мочи и способствует развитию хронического ПН у девочек-подростков [6].

По результатам исследований установлено, что начало хронического ПН у 70,8 % обследуемых относится к дошкольному и младшему школьному возрасту – от 3 до 12 лет. Длительность заболевания у обследованных детей колебалась от 6 месяцев до 12 лет и составила в среднем 5,8 года. В большинстве случаев в процессе обследования установлен вторичный характер заболевания. Хронический ПН у 11 чел. (22,9 %) развился на фоне аномалий развития почек и нефроптоза, у 16 чел. (33,3 %) – на фоне дисметаболических нефропатий и кристаллурий, у 30 чел. (62,5 %) – на фоне расширения чашечно-лоханочной системы, у 12 чел. (25 %) – на фоне цистита. Только в 5 случаях из 48 после дообследования хронический пиелонефрит признан первичным. Достоверных различий в группах наблюдения при анализе причин формировании вторичного пиелонефрита не установлено.

При изучении клинического течения ПН у девочек-подростков выявлено, что на первый план выступали болевой и дизурический синдромы у 34 чел. (70,8 %), интоксикационный синдром был менее выражен и характеризовался непостоянной субфебрильной температурой, астено-вегетативными расстройствами (снижение аппетита, головная боль, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность). Дети I группы достоверно реже ($p < 0,05$) предъявляли жалобы на боль в поясничной области – 26,9 %, тогда как во II группе – 59,1 %. Симптомы интоксикации одинаково часто встречались в обеих группах наблюдения.

Дизурия диагностирована в 1 группе – у 8 чел. (30,8 %), во 2 группе – у 12 чел. (54,5 %). Дизурические расстройства у девушек с ПН обычно были связаны с сопутствующей инфекцией мочевыводящих путей, часто в дебюте половой жизни. У 11 подростков (22,9 %) была установлена связь развития ПН через 2–4 месяца после перенесенного дефлорационного цистита [7]. Важно отметить, что у девушек-подростков, живущих половой жизнью, особенно принимающих гормональные контрацептивы, болевой и дизурический синдромы были более стабильны ($p < 0,05$).

При исследовании общего анализа мочи были выявлены: бактериурия – у 25 % детей, стойкая кристаллурия – у 41,7 % обследуемых. Кристал-лурия сочеталась у 22,9 % детей с минимальной протеинурией (0,066–0,099 г/л); у 16,7 % – с транзиторной микрогематурией.

В целом ПН протекал доброкачественно, у 1/3 больных – латентно, без экстраренальных симптомов и снижения функциональных показателей.

На основании проведенных исследований можно выделить у современных девочек-подростков следующие варианты течения ПН:

1. Пубертатный вариант ПН, обусловленный началом половой жизни (22,9 %);
2. Хронический ПН, латентно протекающий (31,2 %);
3. Хронический ПН в стадии стойкой ремиссии (29,2 %);
4. Хронический ПН с рецидивирующим течением (16,7 %).

Рецидивирующий характер течения ПН диктует необходимость более пристального уточнения причин рецидивов заболевания.

Таким образом, хронический ПН у девочек-подростков отрицательно сказывается на созревании половой системы и формировании репро-дуктивного здоровья подростков. От того, как протекает данный период у девочек, зависит их здоровье в последующие годы [8].

Выводы.

1. Факторами, способствующими развитию ПН у девочек-подростков в современных условиях, являются: отягощенное течение антенатального периода; наличие ПН и воспалительных заболеваний половой системы у матери; нарушения полового созревания и гормональный дисбаланс у девочек-подростков; сопутствующие заболевания, сопровождаемые нару-шением микробиоты мочевой системы – воспалительные процессы половой сферы, заболевания мочевыводящих путей.

2. Хронический ПН у девочек подросткового возраста в большинстве случаев (70,8 %) протекает на фоне нарушений менструального цикла и воспалительных процессов половой сферы (41,7 %).

3. Необходимо активно и целенаправленно обследовать девочек-подростков с нарушением менструального цикла с целью выявления латентно протекающего ПН, а у девочек с ПН выявлять и своевременно лечить воспалительные заболевания половой сферы, предупреждая таким образом рецидивы заболевания. В современных условиях у 31,2 % девочек-подростков хронический ПН протекает латентно.

4. Пубертатный вариант ПН, обусловленный началом половой жизни (22,9 %) развивается нередко на фоне несвоевременно диагностированного и нелеченного дефлорационного цистита.

5. Девочки-подростки с хроническим пиелонефритом составляют группу высокого риска по становлению репродуктивного здоровья, что требует постоянного контроля и своевременного проведения диагностических и профилактических мероприятий.

Библиографический список

1. Инфекция мочевой системы у детей : руководство для врачей / под ред. В. В. Длина, И. М. Османова, О. Л. Чугуновой, А. А. Корсуновского. – 1-е изд. – Москва : М-Арт, 2011. – 384 с.
2. Маковецкая, Г. А. Пиелонефрит и репродуктивная система (у девочек, девушек, женщин) / Г. А. Маковецкая, Л. И. Мазур, О. И. Линева. – Самара, 2002. – 112 с.
3. Куликов, А. М. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты : учеб. пособие / А. М. Куликов, П. Н. Кротин. – Санкт-Петербург, 2001. – 57 с.
4. Девушки-подростки РФ: современные тенденции формирования репродуктивного потенциала (обзор литературы) / В. Е. Радзинский, М. Б. Хамошина, М. Г. Лебедева, М. П. Архипова, О. Д. Руднева // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 25, № 4. – Вып. 2. – С. 9–14.
5. Тимофеева, Е. П. Репродуктивное здоровье подростков с вторичным хроническим пиелонефритом / Е. П. Тимофеева, Т. И. Рябиченко, Г. А. Скосырева, Т. В. Карцева // Вестник Новосибирского Государственного университета. Сер.: Биология, Клиническая медицина. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 192–197.
6. Захарова, И. Н. Микробиота мочи / И. Н. Захарова // Актуальные вопросы педиатрии-2019 : материалы науч.-практ. конф. (г. Пенза, 18 января 2019 г.). – Пенза, 2019. – С. 46–53.
7. Плешкова, Е. М. Значение инфекций мочевой системы в формировании репродуктивного здоровья девочек / Е. М. Плешкова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. – № 4. – С. 23–28.
8. Учакина, Р. В. Особенности полового развития и гормональный статус подростков с хронической почечной патологией / Р. В. Учакина, М. А. Лощенко, В. К. Козлов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 47–49.