

Таким образом, для оптимизации ультразвуковой диагностики изменений в щитовидной железе у детей с АИТ требуется динамическое наблюдение с периодичностью не менее 1 раза в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Браверман Л. И. Болезни щитовидной железы. – М.: Медицина, 2000. – С. 38–58, 140.
2. Касаткина Э. П. // Актуальные вопросы детской и подростковой эндокринологии. – Смоленск, 1999. – С. 54–58.
3. Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., Пыков М. И. и др. Диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита у детей в зоне радиационного загрязнения: метод. рекомендации. – М., 1995. – 10 с.
4. Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., Пыков М. И. Ультразвуковое исследование щитовидной железы у детей и подростков. – М.: ВИДАР, 1999. – С. 20, 36–39.
5. Маляевская С. И. // Актуальные вопросы детской и подростковой эндокринологии. – Смоленск,

1999. – С. 74–75.

6. Митьков В. В., Заболотская Н. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М.: ВИДАР, 1996. – Т. 2. – С. 376–382.

7. Петунина Н. А., Герасимов Г. А. // Проблемы эндокринологии. – 1997. – Т. 43, № 4. – С. 30–33.

8. Свиначев М. Ю. Нормативы тиреоидного объема у детей: в поисках истины [Адрес доступа] <http://thyronet.rusmedserv.com/doct/thyr-2-01-4/htm>. 11.08.01. – С. 1–11.

9. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А., Герасимов Г. А. // Аутоиммунный тиреоидит – первый шаг к консенсусу (по материалам I Всероссийской конференции "Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы") [Адрес доступа] <http://thyronet.rusmedserv.com/doct/thyr-3-01-3/htm> 09. 08. 01. – С. 1–6.

10. Циб А. Ф., Паршин В. С., Нестайко Г. В. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. – М.: Медицина, 1997. – С. 264–279.

УДК 616.24-053.2/5

ОСОБЕННОСТИ ЛИНЕЙНОГО РОСТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕФРОПАТИЯМИ

А. П. Швырев, В. П. Ситникова, А. Н. Пашков, О. В. Минакова
 Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко,
 ГУЗ Воронежская областная детская клиническая больница № 1

В работе представлены данные о динамике длины тела 902 детей с хроническими нефропатиями, полученные при многолетнем наблюдении за больными с данной патологией. Установлено, что среди больных с хроническими нефропатиями в возрасте до 8 лет преобладают дети выше среднего роста, а старше 8 лет – ниже среднего роста.

Ключевые слова: хронические нефропатии, дети, рост.

PECULIARITIES OF BODY HEIGHT IN CHILDREN WITH CHRONIC NEPHROPATHY

A. V. Shvyrev, V. P. Sitnikova, A. N. Pashkov, O. V. Minakova

Abstract. The results of the long-term body height evaluation in 902 children with chronic nephropathy are presented in the article. It was discovered that in children before 8 years old body height above average was predominant while in patients after 8 years old body height below the average was dominating.

Key words: chronic nephropathy, children, body height.

При изучении эффективности терапии различных заболеваний у детей нередко пользуются критериями оценки физического развития в сравнении с нормативными показателями [2, 5, 6]. При этом нередко отмечается важность наличия региональных стандартов. В литературе последних лет довольно часто обсуждается вопрос состояния физического развития больных (вес, рост, индекс массы тела) на диализной терапии [8]. Нередко дети имеют задержку роста к периоду трансплантации почки, что расценивается как неблагоприятный прогностический фактор [7]. Патогенез задержки роста у детей с хронической

почечной недостаточностью (ХПН) мультифакториальный и, очевидно, зависит от недостаточного питания, активности основного заболевания и агрессивности терапии, а также от наличия ацидоза, остеопороза и других факторов. Хотя задержка роста при ХПН сама по себе не может быть причиной летального исхода, она служит маркером возможного неблагоприятного прогноза. Есть наблюдения, что заместительная терапия при ХПН более эффективна у больных с нормальным развитием или небольшим отставанием [8]. При указании на отставание роста у детей с ХПН большинством авторов обычно не анали-

зируются изменения в зависимости от возраста. Однако некоторыми авторами отражен тот факт, что дети от 5 до 9 лет и от 10 до 14 лет чаще, чем в других возрастных группах, имели тяжелое и выраженное отставание роста при ХПН [7]. На отклонения физического развития у 35 % детей с воспалительными заболеваниями почек, в том числе с ПМР, указывают и другие авторы [1].

У детей с нефропатиями особенности физического развития, в том числе линейный рост, практически не изучались, хотя важность их изучения, особенно при прогрессирующем течении заболевания, приводящем к ХПН и использованию гемодиализа, несомненна, причем именно в додиализный период, когда возможна коррекция параметров физического развития.

Исследование физического развития и обоснованное назначение лечебно-диагностических мероприятий поможет оптимизировать медицинское обеспечение больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить особенности возрастной динамики роста у детей с хроническими нефропатиями.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 1998 по 2005 гг. в ГУЗ "Областная детская клиническая больница № 1" было проведено исследование 902 детей с нефрологической патологией в возрасте от 1 месяца до 15 лет, среди них мальчиков – 123 (13,6 %), девочек – 779 (86,4 %); продолжительность хронических нефропатий – от 1 до 14 лет ($4,8 \pm 3,4$ лет). Доля пропущенных значений составила менее 1 %. Все больные имели нормальный уровень креатинина и мочевины в сыворотке крови. Клиренс эндогенного креатинина (КОК) у пациентов был выше $80 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$. Из исследования исключены дети, рожденные недоношенными. Линейный рост измеряли стандартными методами.

Оценку длины тела производили непараметрическим – центильным методом. Для характеристики выборки применяли 3, 10, 25, 50, 75, 90, 97-й центили. Полученные значения сравнивали с региональными стандартами, полученными при исследовании 12 тыс. детей от 1 месяца до 15 лет [4] методами непараметрического дисперсионного анализа Краскела–Уоллиса. Различия частоты встречаемости детей с низким (до 10 %), высоким (выше 90 %) и нормальным ростом (от 25 до 75 % регионального стандарта) оценивали на основании таблиц сопряженности по χ^2 -критерию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе процентильного распределения было установлено, что линейный рост больных детей находится в пределах от 25 до 75 % (33,2 %), ниже 25 % наблюдался рост у 186 (20,6 %),

и выше 75 % рост был у 417 (46,2 %) больных. Следовательно, отклонение линейного роста от нормы (межквартильное распределение) выявлено у 603 детей с хроническими нефропатиями (66,8 %) и величина роста, соответствующая нормативным значениям, наблюдалась только у 33,2 % больных ($p < 0,001$).

Для популяции детского населения частота встречаемости с низким и высоким ростом равновероятны, тогда как в исследуемой группе с хроническими нефропатиями их соотношения порядка 1:2, а именно: из 603 больных 186 (30,8 %) детей имели показатели линейного роста ниже 25 % и 417 детей (69,2 %) – выше 75 %. Оценку длины тела определяли по ее положению в одном из центильных коридоров нормативного процентильного распределения для его пола и возраста [2]. Показатели, попавшие в 4–5-й коридор (25–75 %), считали средними, в 3-й (10–25 %) – ниже средних, в 6-й (75–90 %) – выше средних, во 2-й (3–10 %) – низкими, в 7-й (90–97 %) – высокими, в 1-й (до 3 %) – очень низкими, в 8-й (выше 97 %) – очень высокими.

Среди больных 12–14 лет чаще наблюдалась величина роста ниже 25 % по сравнению с детьми от 1 до 8 лет. У больных первых четырех лет жизни чаще, чем в других возрастных группах, выявлена величина линейного роста за пределами 75 %.

Учитывая отмеченные возрастные изменения, был проведен анализ групп больных с низким и высоким ростом (см. рис.).

Из приведенных данных видно, что среди детей, больных нефропатиями, чаще встречаются дети с высоким ростом, чем с низким (уровень значимости выявленных различий по χ^2 -критерию составляет $p < 0,001$).

Это позволяет высказать предположение, что риск заболевания нефропатиями выше у детей с высоким ростом, особенно на первых восьми годах жизни. Так, из 48 детей с низкой длиной тела в возрасте до 8 лет находились 12 (25 %) и старше 8 лет – 36 детей (75 %). А из 185 детей с высоким ростом – 112 (60,5 %) в возрасте до 8 лет включительно и 73 (39,5 %) – старше 8 лет. Это позволяет говорить о значимом преобладании у детей с нефропатиями в возрасте до 8 лет высокой длины тела, а у детей старше 8 лет – низкой ($p < 0,001$).

Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.

Частота низкого и высокого роста при хронических нефропатиях у детей различного возраста Средний возраст в группе с низкой длиной тела ($10,3 \pm 3,6$ лет) значимо выше ($t = 4,22$; $p < 0,001$; $F = 1,04$), чем в группе с высокой длиной ($7,9 \pm 3,5$ лет).

Нами были исследованы индивидуальные показатели линейного роста и их центильное распределение для исследуемой группы больных мальчиков и девочек каждого года жизни от

(23)

1 до 14 лет.

Проведен сравнительный анализ центильных величин длины тела для каждого года жизни между больными хроническими нефропатиями и здоровыми детьми (региональные стандарты). Наибольшие отклонения величин роста в сторону увеличения в каждом центильном коридоре обнаружены по сравнению с нормативными показателями среди мальчиков с хроническими нефропатиями. Изменения больше выражены в возрасте 4, 6, 8 лет.

Величины длины тела у девочек с хроническими нефропатиями во всех центильных коридорах отличались от нормативных региональных показателей меньше, чем у мальчиков. Более закономерные отклонения увеличения роста выявлены у девочек в 25, 50, 75, 90, 97-центильных коридорах в возрасте 3–8 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у детей с хроническими нефропатиями наблюдаются отличия длины тела по сравнению со здоровыми детьми, отклонения от нормы выявлены в 66,8 % наблюдений и величина роста, соответствующая нормативным значениям, наблюдалась только у 33,2 % больных.

В возрасте старше 8 лет наблюдается от-

ставание в росте у детей с хроническим нефропатиями.

В возрасте до 8 лет преобладают больные с высоким ростом, что требует дополнительного наблюдения за детьми с ускоренным ростом и отнесению детей с ростом выше нормативных показателей к группе риска по развитию нефропатий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврюшова Л. П. // Материалы конгресса педиатров России. – М., 1999. – С. 110–111.
2. Иванников А. И., Пенкин В. Н., Ситникова В. П. и др. Показатели физического развития детского населения Воронежской области на рубеже второго и третьего тысячелетий. – М.; Воронеж, 2005. – 121 с.
3. Морфо-функциональные константы детского организма. Справочник / Под ред. В. А. Доскина, Х. Келлера, Н. Н. Мураенко, Р. В. Тонковой-Ямпольской. – М.: Медицина, 1999. – С. 228.
4. Пенкин В. Н. Физическое развитие (рост, масса) детей Воронежской области. – Воронеж, 2000. – 41 с.
5. Прусов П. К. // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 96–100.
6. Ямпольская Ю. А., Година Е. З. // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 2. – С. 30–43.
7. Susan L. F., et al. // *Pediatr. Nephrol.* – 2002. – Vol. 17. – P. 450–455.
8. Wang C. S., et al. // *Am. J. Kidney Dis.* – 2000. – Vol. 36. – P. 811–819.

УДК 616.37–002–0024–089:614.2

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Н. Ш. Бурчуладзе, А. Г. Бебуришвили, И. И. Рязанова, Д. В. Михайлов

Клиника факультетской хирургии с курсом эндоскопии и эндохирургии ФУВ ВолГМУ

Работа основана на изучении и сравнении отдаленных результатов и качества жизни 119 больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу панкреонекроза. Все пациенты были оперированы в клинике факультетской хирургии с 1980 по 2006 гг. с использованием как малоинвазивных технологий, так и традиционных лапаротомий. Отдаленные результаты изучали на основании объективных методов исследования. Качество жизни оценивали с помощью обработки двух опросников: MOS SF–36 и специального опросника для пациентов, перенесших панкреонекроз, разработанного в клинике факультетской хирургии ВолГМУ.

Ключевые слова: панкреонекроз, отдаленные результаты, качество жизни.

LONG-TERM RESULTS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER PANCREATONECROSIS SURGERY

N. Sh. Burchuladze, A. G. Beburishvily, I. I. Ryazanova, D. V. Mikhailov

Abstract. The work is based on studying and comparison of long-term results and the quality of life in 119 patients operated on for pancreatonecrosis. All patients were operated from 1980 to 2006 at the faculty surgery clinic using low-invasive technologies as well as conventional laparotomy. The long-term results were studied on the basis of objective research methods. The quality of life was estimated processing two questionnaires: MOS SF-36 and another questionnaire developed at the faculty surgery clinic of VolSMU, for patients operated on for pancreatonecrosis.

Key words: pancreatonecrosis, long-term results, quality of life.

Лечение пациентов с деструктивным панкреатитом является сложной и до конца не решенной проблемой. Внедрение новых лекарственных препаратов и схем консервативной тера-

пии, малоинвазивных технологий и щадящих методов хирургических вмешательств значительно улучшило непосредственные результаты лечения этой группы больных. Однако уровень ле-