

- Буров Ю.В., Ведерникова Н.Н. Нейрохимия и фармакология алкоголизма. – М.: Медицина, 1985. – 240 с.
- Hasumura Y. Metabolism of alcohol and its effects on the body system //Asian Med. J. – 1997. - Vol. 40, №8. – P.375-380.
- Zimatkin S.M., Deitrich R.A. Ethanol metabolism in the brain // Ad-dict. Biol. -1997. - Vol.2, № 4. - P.387-399.
- Маркозова Л.М., Усенцова Е.И. Терапевтические возможности Эспа-липона-600 при лечении лиц с алкогольной зависи-мостью //Український вісник психоневрології – 2003. – Т.11, Вип. 3 (36). – С.21-24.
- Мак-Мюррей У. – Обмен веществ у человека: Пер. з англ. М.: Мир, 1980. – 368 с.
- Томашевська О.Я. Нові методологічні підходи стосовно вивчення порушень вуглеводного обміну у загальній популяції //Основи діагностики, профілактики та лікування ендокринних захворювань. - Львів: НТШ, 1999.- С.32-44.

### Реферат

**КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

Животовская Л.В.

Ключевые слова: алкоголь, психические и поведенческие расстройства.

Исследовано влияние препарата Эсна-линон на клинические и биохимические показатели у больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя. Полученные результаты показали, что использование препарата Эсна-линон в комплексной терапии при алкогольной зависимости оказалось достаточно эффективным у пациентов с астено-депрессивной и астенической симптоматикой на почве органической патологии. Препарат имеет положительный эффект по отношению к эмоциональным нарушениям астено-депрессивного спектра, улучшает когнитивные функции, имеет патогенетическое влияние на нормализацию углеводного обмена, способствует биологической и социальной адаптации больных.

УДК 616.61.-008.9

**РОЛЬ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ У ВИЗНАЧЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ.**

**Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Копійка Г.К.**

Одеський державний медичний університет, кафедра факультетської педіатрії, м. Одеса, Україна

*В статті приведені дані ретроспективного аналізу історій хвороб дітей, хворих на дисметаболическую нефропатию. Аналіз проводився з урахуванням статі дітей та форми нефропатії. В ході статистичної обробки даних методом факторного аналізу, був виділений ряд ознак, які складають фактори ризику виникнення дисметаболической нефропатії. Найбільш вагомі ознаки за допомогою кластерного аналізу об'єднані в групи за подібним патогенетичним механізмом.*

Ключові слова: діти, дисметаболическая нефропатія, фактори ризику, факторний аналіз.

### Вступ

В структурі захворюваності дітей хвороби органів сечовидільної системи (ОСС) займають друге місце після респіраторних захворювань. Кількість факторів, що зумовлюють розвиток ниркової патології, постійно збільшується. Тому не випадково, що все більш значна увага в дитячій нефрології приділяється саме профілактичному напрямку, який спрямований перш за все на виявлення факторів ризику розвитку хвороби та проведення комплексу заходів щодо попередження початку патологічного процесу.

Серед загальновідомих факторів ризику розвитку хвороб ОСС все більш питомої ваги набувають чинники навколишнього середовища, що пов'язано з екологічним неблагополуччям. При забрудненні біосфери, продуктів харчування та води, нирки стають органами - мішенями, на які діють пошкодуючі чинники [1]. До того ж, дитячий організм більш чутливий до дії ксенобіотиків, ніж дорослий [5]. Сімейна обтяженість розглядається як один з найважливіших факторів ризику виникнення захворювань ОСС у дітей. В бага-

тьох сім'ях, де є діти з дисметаболическими нефропатіями, можна спостерігати накопичення в родової ендокринної чи обмінної патології [3]. Вивчаються генетичні фактори, які сприяють виникненню мультифакторних захворювань, які зазвичай вважали набутими [2]. Значна увага приділяється здоров'ю матері, яке визначає антенатальний розвиток дитини [3]. Одним з вагомих факторів, які негативно впливають на розвиток нирок і організму дитини в цілому, є короткочасне грудне вигодовування, або взагалі штучне годування з дня народження дитини. Також сприяють виникненню нефропатій у ранньому віці і диспропорції розвитку, які хоч і не є хворобою, але створюють умови для розвитку різноманітних патологічних процесів.

Вірогідність розвитку захворювань ОСС збільшується при наявності поєднаного впливу ендогенних та екзогенних факторів [2]. Відомо, що обтяжений сімейний анамнез призводить до розвитку дисметаболической нефропатії у дітей частіше при поєднанні з несприятливими зовнішніми умовами та факторами, які часто можуть

\* Робота є складовою частиною науково-дослідної роботи кафедри «Клініко-патогенетичне обґрунтування етапної терапії та профілактики соматичних захворювань у дітей», № держреєстрації 0105U008880

випадати з поля зору лікаря [5]. Відомі літературні дані, щодо впливу різних факторів ризику на розвиток дисметаболічної нефропатії розрізненні і суперечливі [1;2;3;5].

Проблема діагностики полягає ще й у тому, що в наш час діагноз дисметаболічної нефропатії є дуже дискусійним. Дисметаболічні розлади зустрічається часто, але такий діагноз, як дисметаболічна нефропатія, відсутній в країнах Західної Європи та США. За відсутності чітких критеріїв діагностики, практикуючому лікарю важко визначити підстави для постановки діагнозу. Часто діагноз дисметаболічної нефропатії встановлюється на підставі поодиноких діагностичних критеріїв (наприклад, наявність ізольованої кристалурії, або анамнестично-клінічні дані, не підтверджені лабораторно-інструментальними дослідженнями). Не слід забувати, що 2/3 дітей на ранніх стадіях розвитку хвороби взагалі не мають проявів сечового синдрому. В свою чергу кристалурія може бути транзиторною, чи супроводжувати протягом деякого часу інші патологічні стани. Що стосується анамнестичних даних, то вони є більш незмінними. Тому, слід більшу увагу приділяти саме анамнестичним даним, які можуть допомогти виявити хворобу на ранніх стадіях розвитку.

Не існує також чітких критеріїв у лікувально-профілактичному напрямку. Але ж саме профілактичні заходи у дитячому віці допомагають запобігти хронізації процесу у дорослої людини. Ось чому вивчення численних факторів ризику розвитку дисметаболічних нефропатій залишається актуальним питанням сьогодення, яке потребує вирішення.

Мета дослідження полягає у виділенні факторів ризику розвитку дисметаболічної нефропатії у дітей на підставі аналізу анамнестичних даних.

### Матеріали та методи

Був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб дітей, хворих на дисметаболічну нефропатію (в кількості 200 історій хвороб). Для реєстрації даних була розроблена індивідуальна картка обліку з урахуванням ендогенних та екзогенних факторів. Для аналізу були обрані 60 якісних ознак, які згідно з літературними джерелами можуть зумовлювати розвиток дисметаболічної ' нефропатії у дітей. Такими ознаками були: соматичний стан батьків дитини та найближчих родичів (наявність в анамнезі захворювань нирок, обмінні порушення, генетичні хвороби), професійні шкідливості праці батьків (вібрація, лако-фарбне виробництво, нафтопродукти, біологічні фактори), патологічний перебіг вагітності матері (наявність в анамнезі абортів, гестози 1 та 2 половин вагітності, загроза переривання вагітності, анемія вагітних, гестаційний пієлонефрит, підвищення артеріального тиску під час вагітності), обтяжений перебіг пологів, наявність перинатальної енцефалопатії в анамнезі, конституційні особливості дитини, ха-

раактер годування на першому році життя (штучне вигодовування, використання неадаптованої суміші, грудне вигодовування та його строки), наявність у дитини в анамнезі супутньої патології (анемія, часті простудні захворювання, хронічні вогнища інфекцій у вигляді тонзилітів, аденоїдитів, синуситів, синдром вегетативних дисфункцій, сколіоз, ожиріння, функціональні порушення з боку шлунково-кишкового тракту у вигляді дискинезій жовчовивідних шляхів, вторинних ферментопатій, закрепи, рецидивуючі кишкові інфекції, гельмінтози, вульвіт, сінехії, фімоз), скарги на підвищення артеріального тиску, болі в животі та поперековій ділянці, немотивоване підвищення температури, а також наявність в анамнезі дефектів догляду за дитиною.

Також був проведений аналіз загальної кількості історій хвороб дітей, де взагалі був зареєстрований діагноз дисметаболічної нефропатії (основний, супутній, чи як ускладнення основного). Аналіз проводився з метою визначення підстав для постановки діагнозу, а саме: наявність скарг, анамнестичні дані, клінічна картина захворювання, лабораторно-інструментальне підтвердження.

Статистичні розрахунки та оцінку отриманих даних проводили за допомогою пакета програм STATISTIKA 5,5a. Вивчення впливу факторів ризику на розвиток дисметаболічної нефропатії проведено методом факторного аналізу (центроїдний метод), що дозволяє враховувати велику кількість різних параметрів, виділяти найбільш вагомий серед них, шляхом визначення факторного навантаження (ФН). Були виділені навантаження факторів першого та другого рядів. При високому ( $>0,7$ ), та середньому ( $>0,5$ ) факторному навантаженні проаналізовані ознаки визначали вірогідність розвитку дисметаболічної нефропатії. В основі факторного аналізу лежить метод визначення головних компонент, який проводиться за звичайною процедурою варімаксного обертання, розрахунку кореляційних матриць і відокремлення та ідентифікації головних компонент [4].

Аналіз та розрахунки проводилися з урахуванням статі дітей та форми дисметаболічної нефропатії.

### Результати дослідження та їх обговорення.

В результаті аналізу загальної кількості історій хвороб, де взагалі був зареєстрований діагноз дисметаболічної нефропатії (основний, супутній, чи як ускладнення основного), виявлено наступне: в 32% випадках діагноз був виставлений на підставі анамнестичних даних, підтверджених лише наявністю кристалурії в аналізах сечі (загальні аналізи сечі чи добова порція), в інших 44% випадках, вищезазначені положення додатково підтверджувалися даними ультразвукового дослідження (УЗД) нирок, тобто наявністю ехопозитивних включень в паренхимі нирок. Та лише в

24% випадках діагноз був виставлений на підставі комплексного обстеження, яке включало анамнестичні дані, чітку клінічну картину, лабораторно-інструментальне підтвердження: аналізи сечі, біохімічні дослідження та УЗД нирок. При розподілі матеріалу за статевою ознакою виявилось, що серед дітей, які мають підтверджений діагноз дисметаболічної нефропатії 67% (134 дитини) складають дівчата, та 33% (66 дітей) хлопчики.

В результаті факторного аналізу, який був проведений для групи дівчат та хлопчиків окремо, був визначений ряд ознак. Для дівчаток у фактор першого порядку визначилися наступні ознаки: надмірна вага (ФН 0,7), період грудного вигодовування менше 6 місяців (ФН 0,7). У фактор другого ряду визначилися: особливості конституції у вигляді лімфатико-гіпопластичного діатезу (ФН 0,6) та нервово-артритичного діатезу (ФН 0,6), а також супутня патологія у вигляді вторинних ферментопатій (ФН 0,65) (табл. 1)

*Табл. 1.*

*Факторні навантаження основних несприятливих ознак, які впливають на розвиток дисметаболічної нефропатії (для дівчаток)*

Вагомі фактори	Ф1	Ф2
Грудне вигодовування менше 6 місяців	0,7*	-0,04
Надмірна вага	0,7*	0,06
Лімфатико-гіпопластичний діатез	0,2	0,6**
Нервово-артритичний діатез	-0,15	-0,6**
Вторинні ферментопатії	0,06	0,6**

Примітка: \* - вагоме факторне навантаження для факторів ризику 1 роду, \* \* – вагоме факторне навантаження для факторів ризику 2 роду

Для хлопчиків підтвердилися всі вищезазначені фактори та були виявлені додатково ще й інші. У фактор першого ряду визначилися наступні ознаки: надмірна вага (ФН 0,6), наявність алергії в анамнезі (ФН 0,5), супутня хронічна патологія, а саме наявність хронічного тонзиліту (ФН 0,5) та хронічного синуситу (ФН 0,57), а також період грудного вигодовування менше 6 місяців (ФН 0,5). У фактор другого ряду були визначені наступні: особливості конституції у вигляді лімфатико-гіпопластичного діатезу (ФН 0,7), нервово-артритичного діатезу (ФН 0,72), наявність супутньої патології у вигляді дискінезії жовчовивідних шляхів (ФН 0,71), та вторинні ферментопатії (ФН 0,56), а також наявність в анамнезі дисбіотичних розладів (ФН 0,65) (табл. 2)

*Табл. 2.*

*Факторні навантаження основних несприятливих ознак, які впливають на розвиток дисметаболічної нефропатії (для хлопчиків)*

Вагомі фактори	Ф1	Ф2
Грудне вигодовування менше 6 місяців	0,51*	0,12
Надмірна вага	0,6*	0,23
Супутня алергія в анамнезі	-0,5*	0,35
Хронічний тонзиліт	0,5*	0,11
Хронічний синусит	0,5*	0,14
Лімфатико-гіпопластичний діатез	0,03	-0,7**
Нервово-артритичний діатез	-0,03 t	0,7**
Дискінезія жовчовивідних шляхів	-0,24	-0,7**
Вторинні ферментопатії	-0,05	0,5**
Дисбіотичні розлади в анамнезі	-0,05	0,65*

Примітка: \* - вагоме факторне навантаження для факторів ризику 1 роду \*\* – вагоме факторне навантаження для факторів ризику 2 роду

Факторний аналіз проводився також з урахуванням форми дисметаболічної нефропатії. Найбільш розповсюдженою формою дисметаболічної нефропатії в популяції є оксалурія. За нашими даними, частка оксалурії склала 35%) в загальній структурі нефропатій. В статевій структурі цієї патології, як і в загальній групі, переважають дівчата (63%), проти хлопчиків (37%>). Для оксалурії також були визначені фактори першого та другого ряду. У фактор першого ряду визначилися: особливості харчування дітей на першому році життя, а саме: короткий період грудного вигодовування до 3 місяців (ФН 0,7), штучне вигодовування з дня народження (ФН 0,58), наявність хронічної патології в анамнезі у вигляді хронічного аденоїдиту (ФН ,56), ентеробіоз в анамнезі (ФН 0,56), супутній синдром вегетативних розладів (ФН 0,5), та наявність баланопоститу (ФН 0,6). У фактор другого ряду були визначені наступні: обтяжена спадковість у вигляді захворювання нирок (сечокам'яна хвороба та хронічний пієлонефрит) по материнській лінії (ФН 0,59), особливості конституції дитини у вигляді ексудативно-катарального діатезу (ФН 0,63), лімфатико-гіпопластичного діатезу (ФН 0,6), наявність супутньої хронічної патології у вигляді хронічного тонзиліту (ФН 0,66), та дискінезії жовчовивідних шляхів (ФН 0,54), а також наявність у дитини сколіозу (ФН 0,54) (табл. 3)

*Табл. 3.*

*Факторні навантаження основних несприятливих ознак, які впливають на розвиток оксалурії*

Вагомі фактори	Ф1	Ф2
Грудне вигодовування менше 3 місяців	0,73*	0,12
Штучне вигодовування з дня народження	0,79* t	-0,08
Баланопостит в анамнезі у хлопчиків	0,6*	0,04
Ентеробіоз в анамнезі	0,56*	0,05
Синдром вегетативних дисфункцій	-0,5*	-0,13
Хронічний аденоїдит	0,56*	-0,21
Хронічний тонзиліт	0,3	-0,66**
Ексудативно-катаральний діатез	-0,0002	-0,6**
Лімфатико-гіпопластичний діатез	0,0002	0,6**
Дискінезія жовчовивідних шляхів	-0,05	-0,5**
Сколіоз	0,17	-0,54**
Спадковість по материнській лінії (ниркова патологія)	0,066	-0,59**

Примітка: \* - вагоме факторне навантаження для факторів ризику 1 роду \*\* – вагоме факторне навантаження для факторів ризику 2 роду

Отримані дані оброблялись також методом кластерного аналізу, метою якого є об'єднання ознак в групи (таксономії), використовуючи міру подібності. Об'єднання кластерів та побудова дендрита відбувалася по мірі найбільшої подібності, використовуючи правило «найближчого сусіда». В даному випадку, за міру подібності приймався вплив ознак за подібним патогенетичним механізмом. В кластерному аналізі досліджувалися ознаки, які були виділені при факторному аналізі, як ті, що формують навантаження 1 та 2 роду. Із вищезазначених ознак сформувався наступні групи: для дисметаболічних нефропатій взагалі - 1 група: особливості конституції у вигляді лімфатико-гіпопластичного та нервово-артритичного діатезів, надмірна вага, період

грудного вигодовування менше 6 місяців; 2 група: вторинні ферментопатії з характерними змінами при проведенні УЗД. В результаті проведення кластерного аналізу для групи оксалурії окремо, ознаки сформували наступні групи: 1 група – сколіоз, обтяжена ниркова спадковість з боку матері, лімфатико-гіпопластичний діатез, баланопостит, ентеробіоз в анамнезі, хронічний аденоїдит, 2 група – грудне вигодовування до 3 місяців, штучне годування з дня народження, ексудативно-катаральний діатез, дискінезія жовчовивідних шляхів. 3 група об'єднала ознаки з 1 та 2 груп. В 4 групу самостійно виділилась ознака - наявність хронічного тонзиліту, та в 5 групу виділилась ознака - синдром вегетативних дисфункцій. Таким чином, сформовані за допомогою кластерного аналізу групи ознак, можуть допомогти а доклінічному етапі визначенню не лише схильності до ниркової патології, а й інших патогенетично пов'язаних станів.

### Висновки.

Проведений факторний-аналіз показав, що найбільш вагомими для розвитку дисметаболическої нефропатії у дітей виявилися наступні параметри: для дівчаток – фактор першого порядку: надмірна вага, грудне годування менше 6 місяців фактор другого порядку: лімфатико-

гіпопластичний діатез, нервово-артритичний діатез, вторинні ферментопатії. Для хлопчиків фактор першого порядку, – грудне годування менше 6 місяців, надмірна вага, супутня хронічна патологія у вигляді тонзилітів та аденоїдитів, алергія в анамнезі, фактор другого порядку – лімфатико-гіпопластичний та нервово-артритичний діатези, дискінезії жовчовивідних шляхів, вторинні ферментопатії та дисбіотичні розлади.

Накопичення даних про роль та взаємозв'язок окремих факторів ризику розвитку дисметаболических нефропатій, з подальшим використанням їх у скрінінгових програмах на доклінічному етапі, дасть можливість, шляхом створення профілактичних схем, запобігти розвитку захворювань ще на ранніх стадіях.

### Література.

1. Велыпищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста// Российский вестник перинатологии и практической педиатрии: приложение к журналу- 1996. -№2. - С.5-12.
2. Игнатова М.С. Диагностика и лечение нефропатий у детей. - М., 2007. -336.
3. Маковецкая Г.А., Русакова Н.В. Перспективы развития профилактического направления в нефрологии// Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2003. - №3. - С.43-45.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. - М.: Медиа Сфера, 2006. - 305.
5. Сергеева К.М. Распространенность и факторы риска болезней почек у детей// Нефрология. - 1998. - №1.- С.25-28.

### Резюме.

**РОЛЬ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ.**

Зубаренко А.В., Стоева Т.В., Копийка Г.К.

**Ключевые слова:** дети, дисметаболическая нефропатия, факторы риска, факторный анализ.

В статье приведены данные ретроспективного анализа историй болезней детей, больных дисметаболической нефропатией. Анализ проводился с учетом пола детей и формы нефропатии. В ходе статистической обработки данных методом факторного анализа, были выделены признаки, которые составили факторы риска возникновения дисметаболической нефропатии. Наиболее значимые признаки, с помощью кластерного анализа объединены в группы по сходному патогенетическому механизму.