РАННІ МАРКЕРИ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМ НИРОК В ПОВСЯКДЕННІЙ ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПЕДІАТА.

М.О. Гончарь, І.С. Дриль, Д.Р. Мещаніна, Т.Ф. Колібаєва\*, Н.В. Шульга\*, Т.В. Лутай\*.

*Харківський національний медичний університет, Харків*

*\*КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня, Харків*

За даними МОЗ України, поширеність захворювань сечовидільної системи у дітей в останньому десятилітті має тенденцію до зростання (40-56 на 1000 населення). В основі патогенезу пієлонефриту лежить запалення, що супроводжується метаболічними та структурними порушеннями на клітинному рівні і в межах клітинного оточення, зокрема гіпоксією, яка призводить до пошкодження тубулоінтерстиціального відділу нирок. Своєчасна діагностика латентного дефіциту заліза і своєчасна його корекція дозволяють прискорити процес одужання за рахунок скорочення часу тканинної гіпоксії.

Численні дослідження свідчать про актуальність вивчення показників крові у дітей з нирковою патологією діабетичного та недіабетичного походження. Однак у літературі ще недостатньо наведені дані про зміни показників гемограми визначених за допомогою гематологічного аналізатора.

Мета роботи: визначення ранніх маркерів анемії у дітей з різним варіантом нефриту з використанням гемограми отриманої за допомогою гематологічного аналізатора.

Матеріали та методи. Обстежено 58 дітей від 3 до 17 років життя (середній вік 6,8 ± 4,3р.) з нефритами діабетичного та недіабетичного походження. За статтю переважали дівчатка: 45 (77,5 ± 5,5%) проти 13 (22,4 ± 5,5%) хлопчиків. Залежно від природи ушкодження нирок, діабетична чи недіабетична діти були розподілені на 3 групи: І групу склали 24 дитини з хронічним пієлонефритом в періоді ремісії, середня тривалість захворювання 5,2 ± 4,02 року; II групу - 18 дітей з хронічним пієлонефритом в періоді загострення, тривалість 2,6 ± 2,05 року; III групу - 16 дітей з діабетичною нефропатією, тривалістю цукрового діабету 4,1 ± 3,5 роки. Діагноз пієлонефрит було веріфіковано у відповідності до наказу «Про затвердження протоколу лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстициіальним нефритом №627 від 03.11.2008. Критерієм включення пацієнтів до ІІІ групи спостереження виступала наявність у пацієнта діабетичної нефропатії, з мікроальбумінурією, діагностовано відповідно до наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія»№ 254 від 27.04.2006.

Отримані результати. Всім дітям проведено комплексне обстеження, для встановлення топіки та природи походження патологічного процесу, з визначенням періоду захворювання. План обстеження вмістив в собі ряд клінічних (загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, глюкоза крові, визначення сечі за Нечипоренко, за Зимницьким, мікроальбумін сечі), біохімічних (дослідження креатиніну та сечовини крові, глікозильованого гемоглобіну) досліджень, бактеріологічне дослідження сечі з визначенням флори та чутливості до неї, та ехоскопії нирок. Показники крові оцінювали за допомогою гематологічного аналізатора ВС 3000 plus (mindray).

Анемію легкого ступеня, за рівнем гемоглобіну, виявлено у 19 (32,7 ± 6,2%) дітей, з яких 6 (25 ± 9,0%) дітей І гр., 7 (38,8 ± 11,8%) дітей II групи, 5 (31,25 ± 11,9%) - III групи. Зниження середнього об'єму еритроцитів (MCV) загалом виявлено у 31,0 ± 6,1% дітей. В І групі такі діти становили 45,8 ± 10,3% дітей, в ІІ групі 27,7±10,8% дітей, в ІІІ групі 12,5±8,5% дітей. Зниження показника середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (MCH) виявлено у 65,5 ± 6,2% дітей. В І групі такі діти становили 66,6 ± 9,8% дітей, в ІІ групі 88,8±7,6% дітей, в ІІІ групі 43,7±12% дітей.

Таким чином, найбільш виражені зміни показників гемограми, у вигляді мікроцитозу та гіпохромії були притаманні дітям ІІ групи з хронічним пієлонефритом в періоді загострення. Діти з І групи характеризуються не значним мікроцитозом з гіпохромією, діти з ІІІ групи нормоцитозом з гіпохромією.

Висновки. Таким чином, до ранніх маркерів анемії у дітей з різним варіантом нефриту можна віднести зниження середнього об'єму еритроцитів, та середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті, особливо в період загострення запального процесу, ще до зниження рівня гемоглобіну. Використання в практичній роботі лікаря-педіатра результатів гемограми, отриманих апаратним методом, дозволить доклінічно діагностувати і охарактеризувати латентний дефіцит заліза для своєчасного вживання заходів щодо ліквідації виявлених змін, що сприятиме скорішому одужанню дитини.