

воздействующий на почечный эпителий у детей раннего возраста.

Список литературы:

1. Жолдубаева, М.Ж. Острые кишечные инфекции у детей первого полугодия жизни/ М.Ж. Жолдубаева, Г.А. Карамурзаева, М.М. Баялиева, А.И. Мамбетова, Л.С. Аманкулова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016. – №3. – С.48-50.
2. Киричек Е.Ю. Мочевой и цитолитические синдромы у детей с острыми кишечными инфекциями/ Е.Ю. Киричек, Г.И. Выходцева, И.В.

Иванов., А.В. Дядигуров // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 6. – С. 48-52

3. Лобзин Ю.В. Острые кишечные инфекции у детей. Новый взгляд на старую проблему / Ю.В. Лобзин, В.А. Анохин, С.В. Халиуллина // Рос. мед. – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – № 3. – С. 40-47.

4. Парфенчик И.В. Инфекционно-токсическая нефропатия у детей при острых кишечных инфекциях/ И.В. Парфенчик, В.М. Цыркунов // Здоровоохранение. – № 5. – 2011. – С.11-14.

АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНАЯ ПОЛИКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ВЗРОСЛЫХ

Лобанова Яна Игоревна

*Студентка 6 курса Лечебного факультета
ФГБОУ Тверской ГМУ Минздрава России, город Тверь.*

Поселюгина Ольга Борисовна

*Д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней,
ФГБОУ Тверской ГМУ Минздрава России, город Тверь.*

AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE IN ADULTS

Lobanova Yana Igorevna

*The student, 6 courses, medical faculty,
FGBOU VO Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver.*

Poselyugina Olga Borisovna

*Doctor of Medicine, Associate Professor,
Department of Hospital Therapy and Occupational Diseases,
FGBOU VO Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver.*

ABSTRACT

Autosomal dominant polycystic kidney disease is a hereditary disease that requires constant monitoring and adequate treatment.

АННОТАЦИЯ

Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек (АДПБП) – это наследственное заболевание, требующее постоянного наблюдения и адекватного лечения.

Keywords: reins, polycystosis, renal failure

Ключевые слова: почки, поликистоз, почечная недостаточность

Основная часть

Аутосомно-доминантный поликистоз почек (АДПБП) — одно из наиболее частых генетических заболеваний, характеризующееся образованием множественных кист в паренхиме обеих почек, приводящих к нефромегалии и почечной недостаточности, имеет распространенность от 1 на 300 до 1 на 1000 во всех изученных этнических группах. В США заболевание составляет 8-10% терминальной почечной недостаточности. Клинические проявления редко наступают до достижения взрослого возраста, но наблюдается полная пенетрантность; все пациенты старше 80 лет имеют некоторые клинические проявления. В 86–96% случаев АДПБП вызвана мутациями в гене PKD1 на 16-й хромосоме, который кодирует белок полицистин 1; большинство остальных случаев вызваны мутацией в гене PKD2 на 4-й хромосоме, который кодирует полицистин 2. Некоторые семейные случаи не связаны ни с одним из этих локусов [5].

Цель исследования: изучение клинической картины аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек, современных принципов диагностики и лечения этого заболевания

Материалы и методы: был проведен анализ современной медицинской литературы, клинических рекомендаций по данному заболеванию

Результаты

Аутосомно-доминантное поликистозное заболевание почек, как правило, изначально протекает бессимптомно; у половины пациентов заболевание и в дальнейшем протекает без симптомов, не приводя к почечной недостаточности, и никогда не диагностируется [3]. Большинство пациентов, у которых развиваются клинические признаки заболевания, на момент их манифестации достигают возраста 40–50 лет. Признаками почечного поражения при аутосомно-доминантном поликистозе почек (АДПБП) являются: снижение концентрационной способности, снижение экскреции аммония и

цитратов, нефролитиаз, артериальная гипертензия, болевой синдром и почечная недостаточность. Все эти проявления напрямую связаны с развитием и увеличением в размере кист в почках [7]. Предполагается, что сниженная концентрационная способность и повышенный уровень вазопрессина в крови могут способствовать развитию кист, развитию гипертензии и прогрессированию хронической болезни почек (ХБП). Снижение экскреции аммония и цитратов так же свойственны для АДПП и в купе с низким уровнем рН мочи приводят к образованию уратных и оксалатных камней в почках. Артериальная гипертензия (АГ) – один из самых частых и ранних признаков АДПП, в основном она развивается до того, как обнаружится снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [2]. Боли локализуются в нижне-боковой области, в области живота и в нижней части спины, вызванные ростом кисты и симптомами инфекции [3]. Острые приступы боли связаны с кровоизлиянием кисты, отхождением камней, инфицированием кисты, ретроперитонеальным кровотечением.

Поликистозное поражение печени – самое распространенное внепочечное проявление АДПП, встречается и при PKD1- и при PKD2 –мутациях. Развитию кист способствуют эстрогены, а также – факторы роста и цитокины, секретируемые в кистозную жидкость [2]. Кисты в печени развиваются в среднем на 10 лет позднее, чем кисты в почках. У женщин поликистозное поражение печени развивается в более раннем возрасте и протекает тяжелее, чем у мужчин [8]. Печеночные кисты при АДПП практически асимптомны и никогда не приводят к печеночной недостаточности. Кисты поджелудочной железы встречаются примерно в 10% случаев, течение их в основном бессимптомное, в редких случаях они могут сопровождаться рецидивирующим панкреатитом. Так же довольно часто при АДПП встречаются дивертикулы в толстой и двенадцатиперстной кишках [2].

Диагностика заболевания в большинстве случаев основывается на данных анализа родословной и визуализации почек с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ). При необходимости используется молекулярная диагностика. Ультразвуковое исследование почек является самым распространенным методом диагностики АДПП, в связи с его высокой диагностической точностью, безопасностью, общедоступностью. Минимальный УЗИ – критерий, позволяющий диагностировать АДПП у пациентов с риском 50% носительства гена АДПП: в возрасте младше 30 лет – две кисты, от 30 до 59 лет – две кисты в каждой почке, старше 60 лет – четыре кисты в каждой почке. При минимальных проявлениях болезни размеры почек нормальные, их поверхность гладкая и маленькие кисты определяются в обеих почках. С возрастанием размера и количества кист они увеличивают почки

без искажения почечного контура. При сплошных включениях проекция кист на почечные границы приводит к выпуклости контуров. При более выраженном заболевании паренхима почти совсем замещается множественными кистами. Размер кист на снимках варьирует, достигая 10 см и более в диаметре. Не осложненные кисты содержат чистую жидкость соломенного цвета. Однако на снимках возможно наличие геморрагии или белковых частиц в одной или более кистах. Между почками не исключается асимметрия количества и размера кист. Кисты в большинстве случаев видимы при внутривенной пиелографии или компьютерной томографии. Радиографические исследования помогают подтвердить диагноз [1]. Внутривенная пиелография показывает радиальные утолщения собирательных канальцев, которые выглядят как «спицы колеса». Эти расширения располагаются от коры к паренхиме.

Из лабораторных методов диагностики применяются клинический анализ мочи, анализ по Нечипоренко (количество форменных элементов в моче), анализ мочи по Зимницкому (позволяет определить выделительную, концентрационную функции почек), клинический анализ крови, биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины, Са, К, Р), бактериологический посев мочи [4].

Лечение АДПП в основном симптоматическое, ограничивается: контролем артериального давления и строгой коррекцией артериальной гипертензии: нивелированием боли, с помощью препаратов или, при необходимости, хирургическим вмешательством – аспирация кисты, хирургическая декомпрессия, нефрэктомия (используется только у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, при наличии сильных болей); лечением возникших осложнений (инфицирование кисты, разрывы кисты). При развитии хронической почечной недостаточности (ХПН) используются стандартные методы заместительной почечной терапии – перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки [2].

Прогноз при поликистозе почек зависит от тяжести поражения и развития осложнений. При рецидивирующих пиелонефритах, стойком повышении давления и развитии почечной недостаточности прогноз неблагоприятный. Зачастую требуется пересадка почки [6].

Список литературы

1. Андреева Э. Ф., Ларионова В. И., Савенкова Н. Д. Аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный поликистоз почек // Нефрология. Том 8. №2 – 2004 г.
2. Арутюнян С. С., Савенкова Н. Д., Ларионова В. И. Аутосомно-доминантный поликистоз почек у взрослых и детей // Нефрология. Том 14. №3 – 2010 г.
3. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек // Портал Sweli.ru – 2019 г.

[<https://www.sweli.ru/zdorove/meditsina/nefrologiya/autosomno-dominantnaya-polikistoznaya-bolezn-pochek.html>]

Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек. Поликистоз почек: симптомы, причины возникновения, диагностика и лечение. Как лечат поликистоз почек у взрослых // Медицинский портал Medatlant – 2019 г.

Поликистоз почек аутосомно-доминантный (АДПКП): причины, диагностика, лечение // Медицинский портал MedUniver.com – 2019 г.

[https://meduniver.com/Medical/genetika/polikistoz_pochek.html]

Поликистоз почек // Инновационный медицинский сервер Diagnos.ru

[https://www.diagnos.ru/diseases/polov/polikistoz_poche]

Harris PC, Torres VE. Autosomal dominant polycystic disease in GeneClinics: Clinical Genetic Information Recourse [database online]. Copyright. University of Washington, Seattle. Available at <http://www.geneclinics.org>. Initial Posting: January 10, 2002. Last Revision: June 2, 2009

Somlo S, GuayWoodford LM. Polycystic Kidney Disease. In: Genetic Diseases of the Kidney. Lifton R, Somlo S, Giebisch G, Donald W. et al: Elsevier 2009; 393-424

[<https://medatlanta.ru/autosomno-dominantnaya-polikistoznaya-bolezn-pochek-polikistoz-pochek/>]

УДК: 613.63/.64:616-036.12-057.51:665.6/.7(470.43)

МОНИТОРИНГ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ КРУПНОГО НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Мякишева Юлия Валерьевна

д.м.н., доцент,

заведующая кафедрой медицинской биологии,
генетики и экологии СамГМУ, г. Самара

Дудина Алла Ивановна

СамГМУ,

старший преподаватель кафедры медицинской биологии,
генетики и экологии СамГМУ, г. Самара

Михайлюк Наталья Александровна

к.м.н., врач специалист

Поволжского научно-технического центра охраны труда «Самэко», г. Самара

Алешина Юлия Александровна

старший преподаватель кафедры медицинской биологии,
генетики и экологии СамГМУ, г. Самара.

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты оценки риска развития профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у работников крупного нефтеперерабатывающего предприятия, расположенного на территории г.о. Самара. Приведена количественная оценка рисков здоровья на предприятии, дается информация по анализу оценки условий труда на производстве. Проанализирована частота встречаемости различной патологии у работников НПЗ.

ABSTRACT

The paper presents the results of a risk assessment of the development of occupational and industrial-related diseases in workers of a large oil refinery located in the Samara city. A quantitative assessment of health risks at the enterprise is given, information is given on the analysis of the assessment of working conditions at the factory. The frequency of occurrence of various pathologies in refinery workers was analyzed.

Ключевые слова: здоровье населения, неблагоприятные экологические факторы, профессиональный риск.

Keywords: the health of the population, adverse environmental factors, professional risks.

В настоящее время перед профилактической медициной стоят сложные задачи по охране здоровья населения в условиях нарастающей роли неблагоприятного воздействия факторов окружающей и производственной среды [2,3,4,5,7]. Одним из важных и приоритетных направлений в этой области является ранняя диагностика и профилактика заболеваний, определение групп риска развития хронической патологии у лиц, работающих на крупном промышленном предприятии.

В рамках реализации задач по обеспечению здоровых и безопасных условий труда на нефтеперерабатывающем предприятии (далее – «НПЗ»), контролю, снижению, доведению рисков до приемлемого уровня актуальным является проведение анализа риска развития профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний [1,6].

Цель исследования заключалась в оценке риска развития профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у работников