

Соціологічні та епідеміологічні дослідження

УДК 616.3:616.61-002.2-053-055

Т.О.Безрук, В.В.Безрук, О.І.Федів, Н.О.Попелюк

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІКСТ-ПАТОЛОГІЄЮ: ХАРАКТЕРИСТИКА СУПУТНИХ УРАЖЕНЬ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проведено аналіз вікових та гендерних особливостей перебігу захворювань органів системи травлення в пацієнтів із хронічним пієлонефритом.

Ключові слова: хронічний пієлонефрит, гастродуоденальна та гепатобіліарна патологія.

Вступ. Захворювання органів травної системи – поширена соматична патологія як у нашій країні, так і за кордоном, її виявляють у 10-50 % працездатного населення і ця негативна тенденція зростає [2, 3]. Сучасний стан патології в терапевтичній практиці характеризується поліморбідністю сьогодишнього гастроентерологічного пацієнта та великим відсотком пацієнтів із наявністю поєднаної мікст-патології.

Проблема поєднаної патології (хронічний пієлонефрит та ураження системи травлення) постає гостро й у віковому аспекті. З віком збільшується частота супутньої патології системи травлення. Кожна друга людина літнього віку має хронічні захворювання гастродуоденальної та гепатобіліарної зон, кишчнику [6, 8].

Мета дослідження. Виявити та оцінити вікові та гендерні особливості перебігу супутніх уражень системи травлення в пацієнтів із хронічним пієлонефритом.

Матеріал і методи. Дослідження проведені у 124 хворих на хронічний пієлонефрит (ХП), які розподілені на 3 групи: хворі на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту (група I – 72 особи), хворі на ХП без супутніх уражень системи травлення (група II – 22 особи) та група практично здорових осіб (12). За віком пацієнти розподілялися таким чином (табл. 1).

Серед обстежених 34,05 % – пацієнти чоловічої статі, 66,95 % – жінки. За даними літератури, на захворювання гастродуоденальної зони хворіють частіше чоловіки зрілого віку, на супутні ураження біліарної зони – жінки, особливо зрілого та літнього віку [7].

Верифікація діагнозу хронічного пієлонефриту проводилася за критеріями А.Я. Пителя та методичними рекомендаціями КМАПО [4, 5]. Пацієнтів з гострою та хронічною нирковою недостатністю у вибірку не включали.

Алгоритм обстеження пацієнтів включав: клінічне обстеження із заповненням карти поглибленого вивчення анамнезу, загальноклінічного аналізу крові; біохімічного аналізу крові (дослідження білірубіну та його фракцій, активності аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, рівнів холестерину, тригліцеридів, протеїнограми, іонограми, глюкози, креатиніну, сечовини) на біохімічному аналізаторі «Cone-Ultra», Фінляндія.

З метою верифікації діагнозу супутньої патології травної системи, окрім клінічного обстеження проводили езофагогастродуоденофіброскопію, використовували зондовий аспіраційний метод (шлунковий та біліарний вміст), інтрагастральну рН-метрію за методом В.М.Чорнобрового, ультрасонографічне дослідження печінки та жовчовивідних шляхів.

Отримані результати оцінювали в динаміці також з урахуванням даних попередніх досліджень (з карти амбулаторного хворого).

Стандартизацію даних проводили за середніми показниками в групі здорових осіб та порівняно з показниками контрольної групи. Усі показники стандартизували в середині вибірки по стразах з вирахуванням SD-індексу (Z-індексу) та перцентильного розподілу.

Статистичний аналіз проводили у програмах SPSS for Windows 8.0.0 (SPSS Inc., 1989-1997) та STATISTICA for Windows 5.1 (© StatSoft Inc., 1984-1996). Результати у вигляді таблиць та діаграм переводили в автоматизовану базу даних. При статистичній обробці результатів дослідження визначали тип розподілу даних, дескриптивні показники, проводили визначення вірогідності отриманих результатів та інші види аналізу [1]. Для даних, що відповідали нормальному розподілу, визначали середню арифметичну вибірки (M), величину стандартного відхилення (s) та стандартної похибки (m), максимальне

Таблиця 1

Розподіл обстежених за віковими групами (n, %)

| Вікові групи | Хворі на ХП із супутніми ураженнями (n=72) | Хворі на ХП без супутніх уражень (n=22) | Практично здорові особи (n=12) |
|-----------------|--|---|--------------------------------|
| 16-25 років | 16 (22,2 %) | 5 (22,72 %) | 3 (25 %) |
| 26-35 років | 15 (20,83 %) | 7 (31,81 %) | 3 (25 %) |
| 36-55 років | 17 (23,6 %) | 6 (27,27 %) | 3 (25 %) |
| Старше 56 років | 24 (33,3 %) | 4 (18,18 %) | 3 (25 %) |

Таблиця 2

Тривалість супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту в обстежених хворих на хронічний пієлонефрит

| Тривалість хвороби | Абсолютна кількість | Відносна кількість |
|--------------------|---------------------|--------------------|
| До 2 років | 14 | 14,58 % |
| 3-10 років | 33 | 34,38 % |
| 11-15 років | 49 | 51,04 % |
| Разом | 96 | 100 % |

Таблиця 3

Розподіл хворих на хронічний пієлонефрит за структурою супутньої патології шлунково-кишкового тракту (n, %)

| Супутнє захворювання (нозологічна форма без урахування класифікаційних ознак) | Абсолютна кількість (n=102) | Відносна кількість, % |
|---|-----------------------------|-----------------------|
| Хронічний гастрит | 12 | 11,76 % |
| Хронічний гастродуоденіт | 63 | 61,76 % |
| Хронічний панкреатит | 9 | 8,82 % |
| Хронічний холецистит | 57 | 55,88 % |
| Хронічний реактивний гепатит | 11 | 10,78 % |
| Хронічний коліт | 12 | 11,76 % |

та мінімальне значення. При оцінці вірогідності різниці між даними враховували коефіцієнт Стьюдента (t). За вірогідну приймали різницю при $p < 0,05$. Застосовували наступні види аналізу даних: кореляційний аналіз за критерієм Пірсона, оцінка вірогідності різниці середніх значень у групах за t-тестом [1]. Для даних з іншими типами розподілу користувалися непараметричними статистичними методами. При цьому кореляційний аналіз проводили за ранговою кореляцією за критеріями Спірмена [1].

Результати дослідження та їх обговорення. У 76,59 % обстежених нами хворих на ХП визначалися супутні ураження системи травлення (рис. 1).

У 6 пацієнтів (5 – молодого віку, 1 – зрілого віку) діагноз виставлений вперше при поглибленому обстеженні при даній госпіталізації (5,88 %). Всі інші – 96 осіб (94,12 %) хворіли на вказані захворювання (згідно з даними медичної амбулаторно-поліклінічної документації) від двох до 15 років (див. табл. 2).

У структурі супутньої патології системи травлення визначалися захворювання шлунка, кишечника, підшлункової залози, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, печінки (табл. 3).

До нозологічної форми «хронічний гастрит» входили сім осіб із збереженою секрецією (58,33 %) та п'ять – із секреторною недостатністю (41,66 %). За морфологічними ознаками у 33,33 % випадках (четверо осіб) визначався поверхневий гастрит, у п'яти пацієнтів – гастрит із ураженням залоз без атрофії (41,66 %), у двох пацієнтів – атрофічний гастрит (16,66 %) (за класифікацією Ц.Г.Масевича, 1968).

За локалізацією переважно (75,0 %) визначався розповсюджений гастрит (дев'ять пацієнтів), у двох осіб (16,66 % випадків) – обмежений антральний. Сім пацієнтів (58,33 %) перебували в стані нестійкої ремісії, у чотирьох осіб (33,33 %) – помірне загострення, та в одного пацієнта (8,33 %) – стан ремісії.

У семи пацієнтів (58,33 %) на різних етапах ендоскопічного обстеження визначалося інфікування *Helicobacter pylori* (КЛО-тестом або гістологічно). На момент госпіталізації до нефрологічного відділення гострих ускладнень у пацієнтів не було.

Нозологічна форма «хронічний панкреатит» (дев'ять осіб) представлена хронічним реци-

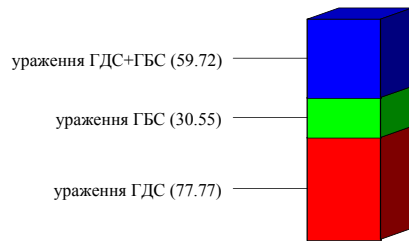


Рис. 1. Структура супутньої патології органів травлення у обстежених хворих на хронічний пієлонефрит

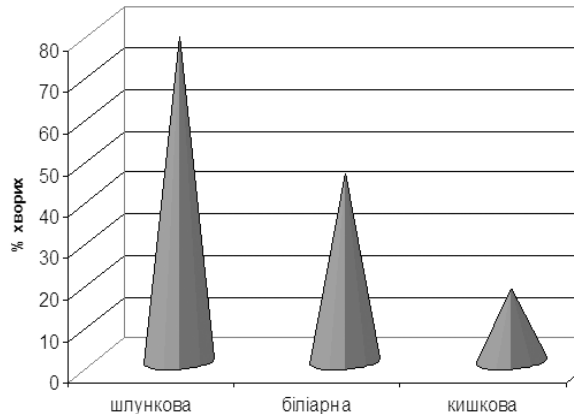


Рис. 3. Структура диспепсичного синдрому у хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями системи травлення

дивним панкреатитом у одного пацієнта (11,11 %) та у двох осіб (22,22 %) – хронічним панкреатитом із безбольовим перебігом, що проявлялося відповідними ультрасонографічними змінами з боку підшлункової залози та схильності до транзиторного здуття, бурчання в животі, діареї при переїданні, вживанні важкотравної їжі.

У 57 пацієнтів із діагнозом «хронічний холецистит» у 48 (84,21 %) випадків визначали хронічний некалькульозний холецистит, у 8 (14,03 %) – жовчнокам'яну хворобу. У 30 (52,63 %) з цих пацієнтів діагностовано дискінезію жовчовивідних шляхів (за гіпертонічним типом у 68,42 %, за гіпотонічним типом – у 31,58 %). У 19 осіб (33,33 %) визначалося незначне загострення, у 38 (66,66 %) – нестійка ремісія.

В 11 пацієнтів хронічний реактивний гепатит спостерігався при торпідному перебігу поєднаної патології ГДС, ГДС та хронічного панкреатиту. Функціональний стан печінки у всіх осіб за біохімічними показниками був у стані компенсації. Ультрасонографічно в цих випадках виявляли незначну гепатомегалію та підвищення ехоцильності паренхіми печінки.

Нозологічна форма «хронічний коліт» представлена у 12 обстежених хворих на хронічний дискінетичний коліт, як правило, при поєднанні ураження верхніх відділів травного тракту (хронічний гастрит із секреторною недостатністю, хронічний холецистит, хронічний панкреатит) і проявлялась епізодами болю у зв'язку з



Рис. 2. Структура провокуючих факторів, що викликали захворювання системи травлення у хворих на хронічний пієлонефрит

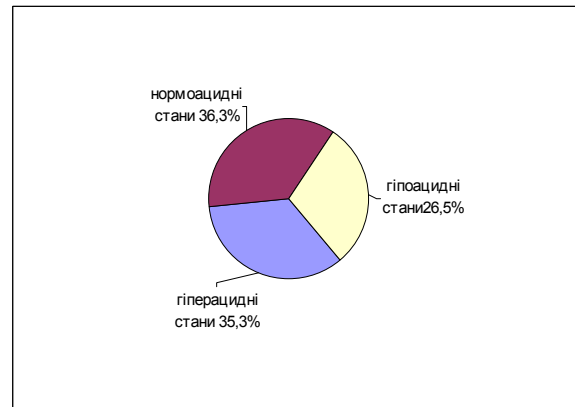


Рис. 4. Структура оцінки кислотоутворюючої функції шлунка за даними рН-метрії у хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями системи травлення

дефекацією, здуттям, бурчанням у животі та нестійкістю випорожнень (закрепи-прони).

Слід зазначити, що в кожного пацієнта з цієї підгрупи було по два-три захворювання системи травлення. Найчастіше відмічалися поєднання патології гастродуоденальної (гастрит, гастродуоденіт) та біліарної системи (холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів). Рідше траплялися потрійні поєднання: гастро- та холецистопатії з м'якшими за них ентероколітиями (хронічні коліти, синдром подразненої товстої кишки з нестійкими випорожненнями зі схильністю до послаблення, у більшості випадків – медикаментозно індуковані, переважно тривалою антибактеріальною терапією хронічного пієлонефриту) – 15,68 % випадків (16 осіб). У трьох пацієнтів встановлено хронічний гастродуоденіт, холецистит, реактивний гепатит та коліт (2,94 %).

Відмічено, що зі зростанням віку пацієнтів, давності основного захворювання зростала частота патології системи травлення, що може бути зумовлене як віковою схильністю до цих захворювань, так і медикаментозними ураженнями ШКТ при лікуванні загострень пієлонефриту. Про роль останнього чинника свідчить вища частота поєднаних уражень системи травлення з частими та тривалими рецидивами пієлонефриту.

За загальною структурою клінічних синдромів визначали наступне: больовий (56,86%) – 58 осіб, диспепсичний (82,35 %) – 84 пацієнти, астеновегетативний (100 %) – 102 пацієнти – синдром

ми, зниження апетиту (74,50 %) – 76 осіб, вегетативні розлади (61,76 %) – 63 пацієнти. Вони визначались у пацієнтів у різному ступені залежно від віку. Геморагічний, набряковий, синдром гіперспленізму, цитолізу були відсутніми.

При цьому значно змінена вікова структура наявності клінічних синдромів ураження ГДС, ГБС зон та кишечника в обстежених осіб. Так, больовий синдром траплявся більше ніж у половини пацієнтів, частота диспепсичного синдрому збільшувалася з віком хворих до 100%, а частота змін апетиту також зростала з віком (табл. 4).

Маса тіла в основному змінена в осіб зрілого віку (26-55 років). Частота виявлення астеновегетативного синдрому також зменшувалася з віком. На нашу думку, такі результати можуть свідчити про змінені гомеостатичні реакції в пацієнтів залежно від віку та значної інтенсифікації систем підтримки гомеостазу (нервової, ендокринної) у молодому віці до редукованого впливу цих систем в осіб літнього віку.

За даними анамнезу, як провокуючі чинники, в основному у всіх пацієнтів визначалося пролонговане емоційне та психічне перенапруження на

Таблиця 4

Структура клінічних синдромів патології шлунково-кишкового тракту у хворих на хронічний пієлонефрит залежно від віку (n, %)

| Показники | Кількість пацієнтів у віковій групі (відносна кількість) (n=94) | | | |
|--------------------|---|--------------------|--------------------|------------------------|
| | 16-25 років (n=21) | 26-35 років (n=22) | 36-55 років (n=23) | Старше 56 років (n=28) |
| Больовий | 13 (61,90 %) | 12 (54,54 %) | 9 (39,13 %) | 9 (32,14 %) |
| Диспепсичний | 18 (85,71 %) | 20 (90,90 %) | 22 (95,65 %) | 28 (100 %) |
| Астеновегетативний | 13 (61,90 %) | 13 (59,09 %) | 15 (65,21 %) | 19 (67,85 %) |
| Зниження апетиту | 2 (9,52 %) | 4 (18,18 %) | 6 (26,08 %) | 11 (39,28 %) |
| Зниження маси тіла | 1 (4,76 %) | 1 (4,54 %) | 2 (8,69 %) | 2 (7,14 %) |

Таблиця 5

Клінічні ознаки диспепсичного синдрому у хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями системи травлення (n, %)

| Синдроми та симптоми | Кількість хворих (n=102) | |
|------------------------------|--------------------------|----------|
| | Абсолютна | Відносна |
| Синдром шлункової диспепсії: | 80 | 78,43 % |
| - нудота | 28 | 27,45 % |
| - блювання | 2 | 1,88 % |
| - печія | 13 | 12,75 % |
| - відрижка повітрям | 43 | 45,15 % |
| - відрижка кислим | 11 | 10,78 % |
| - відрижка їжею | 27 | 26,47 % |
| Синдром біліарної диспепсії: | 41 | 40,19 % |
| - гіркота в роті | 36 | 35,29 % |
| - сухість у роті | 27 | 26,47 % |
| - металевий присмак у роті | 20 | 19,60 % |
| - зниження апетиту | 4 | 3,92 % |
| Синдром кишкової диспепсії: | 18 | 17,64 % |
| - наявність діареї | 9 | 8,82 % |
| - наявність закріпів | 12 | 11,76 % |
| - здуття живота | 14 | 13,72 % |
| - підвищене газоутворення | 14 | 13,72 % |

Таблиця 6

Клінічні симптоми та синдроми у хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями системи травлення (n, %)

| Синдроми та симптоми | Кількість пацієнтів (n=102) | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| | Абсолютна | Відносна |
| Позитивний симптом Кера | 18 | 17,64 % |
| Позитивний симптом Ортнера | 24 | 23,52 % |
| Позитивний симптом Мерфі | 25 | 24,50 % |
| Позитивний симптом Менделя | 9 | 8,82 % |
| Болючість у точці Мюсі | 13 | 12,74 % |
| Болючість у точці Мак-Кензі | 3 | 2,94 % |

Таблиця 7

Результати біохімічного аналізу крові у хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями гастродуоденальної і біліарної систем (n=102)

| Показник | Середнє значення (M) | Стандартна похибка (m) | Мінімум | Максимум |
|--------------------------------------|----------------------|------------------------|---------|----------|
| Сечовина, ммоль/л | 4,91 | 0,12 | 3,60 | 8,48 |
| Креатинін, мкмоль/л | 68,01 | 1,52 | 56,70 | 111,00 |
| Білірубін загальний, мкмоль/л | 14,60 | 0,24 | 10,00 | 20,40 |
| Загальний білок, г/л | 73,78 | 2,49 | 58,20 | 82,80 |
| Альбуміни, г/л | 43,90 | 0,90 | 32,00 | 49,00 |
| Глюкоза, ммоль/л | 5,20 | 0,15 | 3,55 | 6,60 |
| Холестерол, ммоль/л | 4,87 | 0,13 | 3,20 | 7,20 |
| Тригліцериди, ммоль/л | 2,17 | 0,18 | 0,31 | 3,40 |
| Залізо, мкмоль/л | 15,24 | 0,53 | 6,00 | 27,40 |
| Калій, ммоль/л | 4,23 | 0,06 | 3,00 | 5,06 |
| Натрій, ммоль/л | 137,87 | 0,36 | 130,00 | 144,40 |
| Кальцій, ммоль/л | 2,16 | 0,01 | 1,92 | 2,40 |
| Аланінамінотрансфераза, ммоль/год/л | 0,76 | 0,03 | 0,32 | 1,01 |
| Аспаратамінотрансфераза, ммоль/год/л | 0,65 | 0,07 | 0,56 | 0,98 |
| Тимолова проба, од | 5,54 | 0,33 | 4,0 | 6,0 |
| Сулемова проба, мл дихлориду ртуті | 1,68 | 0,11 | 1,56 | 2,28 |
| C-реактивний білок, у.о. | 0,35 | 0,06 | 0,00 | 2,00 |

тлі порушення режиму та повноцінності харчування, характеру харчування.

Зловживання гострою їжею визначались у 24,50 % (25 пацієнтів), переважно молодого віку, зловживання жирною та смаженою їжею переважно визначали в 38 пацієнтів середнього віку (37,25 %), фізичні перевантаження (24,50 % у 25 молодих осіб), зловживання нікотином (57,84 %, всі чоловіки – 59), зловживання алкоголем (15,68 % – 16 осіб). Поєднання декількох причинних чинників різної сили визначалось у 85 осіб – 83,33 % випадків (рис. 2).

У дев'яти обстежених (8,82 %), за даними анамнезу, причину захворювання ШКТ встановити не вдалось.

З клінічних проявів у пацієнтів домінували диспептичний (рис. 3) та больовий синдроми. Клінічні ознаки диспептичного синдрому наведено в табл. 5.

Больовий синдром спостерігався у 43 осіб різним за локалізацією, інтенсивністю та тривалістю. У 16 пацієнтів біль локалізувався в епігастральній

ділянці (37,20 %), в 11 – у пілородуоденальній зоні (25,85 %), у 12 – у правому підребер'ї (27,90 %).

Відчуття тяжкості в епігастрії визначали 14 пацієнтів (32,55 %). Одномоментний біль в епігастрії та правій підреберній ділянці констатували у восьми випадках – 18,60 %. У четвертій частини пацієнтів біль був помірним, в інших – незначний або з тенденцією до постійності.

Наявність астеновегетативного синдрому в 102 пацієнтів характеризували швидка втомлюваність (76,47 % – 78 пацієнтів), порушення сну (23,52 % – 24 особи), зниження працездатності (100% – 102 пацієнти), дратівливість (47,05 % – 48 пацієнтів), загальна кволість (32,37 % – 32 пацієнти), схуднення протягом останнього часу – 6 осіб (6,12 %). Вегетативні розлади різного ступеня траплялися в 56 осіб (54,90 %).

При зовнішньому огляді визначено наявність наступних клінічних ознак: обкладеність язика чи й відбитки зубів на язиці – усі пацієнти (100 %).

Пальпаторно визначалася болочість під мечоподібним відростком (11,76 %), у пілородуоденальній ділянці (36,27 %), правому підбер'ї (26,47 %), суцільна болочість у верхній половині черевної порожнини (10,78 %), у правій та лівій здухвинній ділянках (25,49 %). Інтенсивність болочості відповідала скаргам пацієнта, ступеню загострення, однак у частини осіб (14 – 13,72 %) болочість при пальпації виявлялась за відсутності відповідних скарг.

У більшості пацієнтів симптоми позитивні, що вказували на локалізацію та нозологічну одиницю (табл. 6).

Показники біохімічного дослідження плазми крові (визначення сечовини, креатиніну, ліпідограма, протейнограма, іонограма, печінкові проби) адекватно відображали ступінь ураження внутрішніх органів (табл. 7).

При вивченні кислотоутворюючої функції шлунка за допомогою внутрішньошлункової рН-метрії (рис. 4) визначено переважання гіперацидних станів. У 1/3 пацієнтів помірно підвищена шлункова секреція (рН=1,3-1,5 – 35,29 % випадків), помірно знижена у 26,47 % випадків (рН=2,3-3,5) та не змінена у 36,27 % осіб (рН=1,6-2,2).

При ультрасонографічній оцінці моторної функції жовчного міхура оцінювали об'єм жовчного міхура до та після стимуляції. Порушення скоротливої функції жовчного міхура визначено у 78,4 % пацієнтів. Це значно більше кількості осіб, які відповідали нозологічній одиниці «хронічний холецистит».

Отже, обстеження хворих на ХП із супутніми ураженнями ШКТ визначило наявність у них захворювань гастроудоденальної та гепатобіліарної зони, рідше – кишечнику в стадії помірного загострення або нестійкої ремісії. Частота та інтенсивність суб'єктивних даних, клінічних симптомів в обстежених нами пацієнтів дещо вища, ніж частота аналогічних змін у хворих на захворювання ШКТ, за даними літератури [2, 3, 6]. Можливо, це можна пояснити тим, що в нашій вибірці більшість осіб мали супутні захворювання ШКТ, а також тим, що, на нашу думку, ХП ускладнює перебіг захворювань ГДС та ГБС, які в момент розпаду основного захворювання знаходяться в стані загострення або нестійкої ремісії та навпаки.

Висновки

1. Супутня патологія органів травлення при хронічному піелонефриті визначається віком та статтю пацієнта, загальною резистентністю орга-

нізму, професійними шкідливостями, якістю життя та може бути наслідком медикаментозного ураження при лікуванні загострень піелонефриту.

2. Пацієнтам, хворих на хронічний піелонефрит із супутніми ураженнями системи травлення, необхідно проводити поглиблене клінічно-лабораторно-інструментальне обстеження в плані ранньої діагностики та уточнення ступеня вираженості уражень гастроудоденальної та гепатобіліарної систем (гастрити, гастроудоденіти, виразкова хвороба, дискінезії жовчовивідних шляхів, холецистити тощо) як чинників обтяження перебігу ХП, зниження ефективності лікування та обмеження його реалізації.

Перспективи подальших досліджень. Аналіз патології та поліморбідність сьогоденного терапевтичного пацієнта вимагають розробки, наукового обґрунтування та впровадження в клінічну практику методів лікування з урахуванням вікових та гендерних особливостей перебігу захворювань.

Література

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика [пер. с англ.] / Гланц С. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
2. Данилов М.В. Панкреатит: основные принципы диагностики и лечения / М.В.Данилов // Рус. мед. ж. – 2001. – Т. 9, № 13-14. – С. 16-21.
3. Диспепсия как самостоятельный диагноз и неспецифический синдром / В.Г.Передерий, С.М.Ткач, Б.Н.Марусанич [та ін.]. – Луганск: ОАО «ЛОТ», 2006. – 340 с.
4. Інфекції сечових шляхів у дітей та дорослих (методичні рекомендації) / Д.Д.Іванов, С.В.Кушніренко, Н.П.Мехатішвілі [та ін.]. – Київ-Дніпропетровськ: Укрмедпатентінформ, 2004. – 21 с.
5. Пиріг Л.А. Нефрологія / Пиріг Л.А. – 1995. – Київ. – 423 с.
6. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Справочник врача / Под ред. О.Я.Бабака, Н.В.Харченко. – К.: Изд. дом «Здоровье Украины», 2007. – С. 167-177.
7. Старостин Б.Д. Современные представления о функциональной (неязвенной) диспепсии / Б.Д.Старостин // Рус. мед. ж. – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 46-50.
8. Risk factors for urinary tract infections in postmenopausal women K.K.Hu, E.J.Boyko, D.Scholes [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 164, № 9. – P. 989-993.

ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИКСТ-ПАТОЛОГИЕЙ: ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Т.А.Безрук, В.В.Безрук, А.И.Федив, Н.А.Попелюк

Резюме. Проведен анализ возрастных и половых особенностей течения заболеваний органов системы пищеварения у пациентов с хроническим пиелонефритом.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, гастроудоденальная и гепатобилиарная патология.

AGE-SPECIFIC AND SEX-RELATED CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF DISEASES IN PATIENTS WITH MIXED-PATHOLOGY: A CHARACTERISTIC OF CONCOMITANT LESIONS OF THE ALIMENTARY SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

T.A.Bezruk, V.V.Bezruk, A.I.Fediv, N.A.Popeliuk

Abstract. An analysis of age- specific and gender-related specific characteristics of the course of the diseases of the digestive system in patients with chronic pyelonephritis has been carried out.

Key words: chronic pyelonephritis, gastroduodenal and gepatobiliar pathology.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Волошин

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 161-167

Надійшла до редакції 24.02.2011 року

© Т.О.Безрук, В.В.Безрук, О.І.Федів, Н.О.Попелюк, 2011

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю**

**“Актуальні питання педіатрії”
(Сідельниковські читання)**

**28-29 вересня 2011 року
м. Дніпропетровськ**

Адреса оргкомітету:
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
МОЗ України
проспект Алішера Навої, 3
м. Київ, 02660
тел. (044) 540-96-26, факс (044) 541-25-88
Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України