

Заключение

1. Лица из ОГ, по сравнению с субъектами из КГ, более склонны к рискованному сексуальному поведению, которое характеризуется ранним началом половой жизни, причём сексуальный дебют у них обычно происходит при случайных связях в состоянии алкогольного опьянения. 2. Установлено, в ОГ и ГС преобладали лица с преимущественно слабой половой конституцией, а также задержками пубертатного развития. У них выявлены наиболее низкие показатели свободного тестостерона, в силу чего сексуальная активность в этих группах была в большей степени связана с импульсивностью, склонностью к поиску новизны, агрессивными тенденциями, асоциальным поведением, нежели с выраженностью полового влечения и собственно сексуальными потребностями.

3. Более низкие базовые уровни свободного тестостерона при высокой импульсивности могут обуславливать потребность в дополнительной стимуляции сексуальной функции с помощью алкоголя, который выступает, как своеобразный «сексуальный допинг». Можно предположить, что растормаживающее действие алкоголя поначалу является фактором усиления сексуальной мотивации у молодых мужчин с конституционально ослабленным преморбидом. Повышение сексуальной возбудимости и активности в состоянии опьянения у этих мужчин может приводить к целенаправленному использованию эффектов алкоголя в интимных ситуациях, злоупотреблению спиртными напитками, а в дальнейшем и к возникновению у них алкогольных проблем.

4. Полученные данные следует учитывать при организации профилактической работы в молодёжной среде.

Список литературы

1. Доморацкий, В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств— М.: Академический проект; Культура, 2009. — 470 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии – СПб: «АДИС». - 1994. – 208 с.
3. Наркология: национальное руководство /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
4. Сексopatология: Справочник/Г.С. Васильченко и др.; под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
5. Современная сексология: энциклопедия/ под общ.ред. В.А. Доморацкого. – Мн.: Беларус. Энциклапедыяімя П. Броўкі, 2008. – 384 с.

УДК 616-053.2:616.61-007.6-071-08

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ПЛОДОВ**EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF AND RISK FACTORS FOR HYDRONEPHROSIS IN THE FETUS**

Ризничук Марьяна Александровна
к.м.н., ассистент
Буковинский государственный
медицинский университет
Кафедра педиатрии
и медицинской генетики
г.Черновцы, Украина

Пишак Василий Павлович
д.м.н., проф.
Буковинский государственный
медицинский университет
Кафедра медицинской биологии
и генетики
г.Черновцы, Украина

Анализируются эпидемиологические особенности и факторы риска развития гидронефроза почек у детей Северной Буковины.

Плоды с гидронефрозом почек составляли 37,04% от всех врожденных пороков почек выявленных пренатально, подавляющее большинство из них было мужского пола (OR = 1,05, 95% CI 0,41-2,63). Факторами риска развития гидронефроза было: проживание в предгорных районах (OR = 1,89, 95% CI 0,72-4,93), ФПН (OR = 1,37, 95% CI 0,50-3,60), многоводие (OR = 1,8, 95% CI 0,54-6,11), первая по порядку беременность (OR = 1,6, 95% CI 0,49-5,21), возраст женщины 20-34 года (OR = 1,99, 95% CI 0,61-6,40).

Ключевые слова:

врожденные пороки развития, плоды, гидронефроз, факторы риска.

We analyze the epidemiological characteristics and risk factors for kidney hydronephrosis in children of Northern Bukovina.

Fruits kidney with hydronephrosis were 37604% of all congenital kidney detected prenatally, the vast majority of them were male (OR = 1,05, 95% CI 0,41-2,63). Risk factors for the development of hydronephrosis was accommodation in the foothill areas (OR = 1,89, 95% CI 0,72-4,93), feto-placental insufficiency (OR = 1,37, 95% CI 0,50-3,60), polyhydramnios (OR = 1,8, 95% CI 0,54-6,11), the first order of pregnancy (OR = 1,6, 95% CI 0,49-5,21), the woman's age 20-34 years (OR = 1,99, 95% CI 0,61-6,40).

Key words:

congenital malformations, fruits, hydronephrosis, risk factors.

Введение

Аномалии почек и органов мочевыделительной системы в последние годы по выявляемости в пренатальном периоде относятся к одним из наиболее часто диагностируемых пороков, и их доля составляет 28-30% [8,9]. Одна из основных причин такого широкого распространения заключается в том, что почки плода являются органом-мишенью для воздействия целого ряда неблагоприятных эндогенных и экзогенных факторов (соматические заболевания матери, не контролируемый прием лекарственных препаратов во время беременности, воздействие профвредностей и отрицательных факторов внешней среды и др.) [10].

Наибольший удельный вес среди пороков развития мочевыделительной системы составляет обструкция мочевыводящих путей на различных уровнях. Основным диагностическим признаком обструктивных уропатий является выявление пиелозктазии или гидронефротической трансформации почки плода [7].

Проблема диагностики пороков развития мочевыделительной системы, в частности гидронефроза, методов коррекции мочевыводящих путей для устранения врожденного обструктивного компонента не теряет своей актуальности [2, 5]. За последние годы в связи с прогрессом антенатальной диагностики аномалий, проведением ультразвукографического скрининга выявляемость гидронефроза увеличилась [3].

Гидронефроз или гидронефротическая трансформация (hydronephrosis от греч. hydro — вода, nephros — почка, шифр по МКБ-10 Q62.0) — заболевание, которое возникает как следствие нарушения оттока мочи из почки, характеризующееся расширением чашечно-лоханочной системы органа с последующей его атрофией [1].

Односторонний гидронефроз встречается значительно чаще, чем двухстороннее поражение, на которое приходится лишь 5-9% всех случаев.

Для каждого срока гестации существуют определенные нормативы размеров почек,

наибольшего размера (диаметра) чашечно-лоханочной системы, мочевого пузыря и т.д.. В частности норматив максимально допустимого диаметра лоханки в сроки гестации до 28 недель, по мнению большинства исследователей, составляет 7 мм, а после 28 недель – 10 мм [4,6].

Постановка проблемы: изучить эпидемиологические особенности и факторы риска формирования гидронефроза почек у детей Северной Буковины.

Материалы и методы

Исследование частоты гидронефротической трансформации почек проводилось в Северной Буковине (Украина) на базе медико-генетического центра (МГЦ) Черновицкого областного диагностического центра (ЧОДЦ). Использован ретроспективный метод исследования за 2004-2008 гг путем изучения регистрационных генетических карт.

Группа формировалась на популяционной основе, поскольку учету подлежали только те плоды, матери которых проживали в данном регионе. Также использовались статистические сборники (2004-2008 гг.).

Результаты исследований и их обсуждение

Северная Буковина по административно-территориальному принципу разделяется на 11 районов. К равнинной (лесостепной) зоне области относятся Заставновский, Кицманский, Новоселицкий, Кельменецкий, Сокирянский и Хотинский районы, к предгорной принадлежат Герцаевский, Глыбокский и Сторожинецкий районы; к горной — Путильский и Вижицкий районы.

За исследуемый период в области пренатально выявлено 81 беременную, плоды которых имели аномалии мочевыделительной системы. Среди общей когорты беременных, в 30 случаях у плодов диагностирован гидронефроз почек. Кроме того, в 63 случаях обнаружены изолированные аномалии почек, в 18 — пороки почек в сочетании с аномалиями других органов. Среди исследуемых плоды мужского пола составляли 59% (48 плодов), женского — 41% (33 плода). Среди плодов с аномалиями мочевыделительной системы выявлено 30 (37,04%) с гидронефрозом почек, из них односторонний процесс наблюдался в 18 случаях (60%), а двухстороннее поражение — в 12 (40%). Чаще гидронефротическая трансформация поражала плоды мужского пола (OR = 1,05, 95% CI 0,41-2,63). Правосторонний гидронефроз встречался в 33,3% случаев, левосторонний — в 26,7%, а двухстороннее поражение почек было у 40% исследованных плодов. У мальчиков двухсторонний гидронефроз встречался чаще чем у девочек (OR = 1,6, 95% CI 0,35-7,3), вместе с тем у девочек преобладала левосторонняя аномалия (OR = 1,75, 95% CI 0,34-8,98).

Среди беременных городские жители составляли 43,3% (13 женщин), жительницы сельской местности — 56,7% (17 женщин). Оказалось, что проживание в городе явля-

ется одним из факторов риска развития гидронефроза (OR = 1,9, 95% CI 0,8-4,59). Чаще всего данный диагноз выставлялся беременным в возрастной категории 20-34 лет (OR = 1,99, 95% CI 0,61-6,40).

При анализе порядкового номера беременности выявлено, что данная аномалия проявлялась чаще всего при первой беременности (OR = 1,6, 95% CI 0,49-5,21). Часто аномальная беременность сопровождалась многоводием (OR = 1,8, 95% CI 0,54-6,11) и фетоплацентарной недостаточностью (OR = 1,37, 95% CI 0,50-3,60).

Нами было также принято во внимание местность проживания, и обнаружено, что фактором риска развития гидронефроза было проживание в предгорных районах (OR = 1,89, 95% CI 0,72-4,93).

Северная Буковина, в частности, предгорные и горные географические регионы, является йоддефицитной областью. Это имеет важное экологическое значение касательно распространенности эндемического зоба и как фактора риска врожденных пороков развития плода. При этом эпидемиологического внимания заслуживают местности вдоль всей цепи Карпат, начиная с массива Буковины вплоть до среднего Карпатского хребта.

Выводы. Среди плодов с аномалиями почек выявлено 37,04% с гидронефрозом почек. Односторонний процесс был выявлен у 60% случаев. Чаще гидронефротическая трансформация поражала плоды мужского пола (OR = 1,05, 95% CI 0,41-2,63). У мальчиков преимущественно развивался двухсторонний гидронефроз (OR = 1,6, 95% CI 0,35-7,3), у девочек преобладала левосторонняя трансформация (OR = 1,75, 95% CI 0,34-8,98).

Факторами риска развития гидронефроза были: проживание в предгорных районах (OR = 1,89, 95% CI 0,72-4,93), ФПН (OR = 1,37, 95% CI 0,50-3,60), многоводие (OR = 1,8, 95% CI 0,54-6,11), первая по порядку беременность (OR = 1,6, 95% CI 0,49-5,21), возраст женщины 20-34 года (OR = 1,99, 95% CI 0,61-6,40).

Список литературы

1. Адаменко О.Б. Врожденный гидронефроз у детей / О.Б.Адаменко // Детская хирургия. — 2002. — №4. — С.21-24.
2. Адаменко О.Б. Пренатальная ультразвуковая диагностика врожденных аномалий мочевыделительной системы / О.Б.Адаменко, З.А.Халепя, Л.Ю.Котова // Дет. хирургия. — 2006. - №1. — С. 13-16.
3. Копжасаров К.Т. Гидронефроз у детей /К.Т.Копжасаров // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2009. — № 1. — С. 137.
4. Ксенофонтова Т.А. Хирургическое лечение гидронефроза у новорожденных и детей первых трех месяцев жизни / Т.А. Ксенофонтова //

- Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – № 1. – С. 138.
5. Папаян А.В. Неонатальная нефрология: Руководство / А.В.Папаян, И.С. Стяжкина. – СПб., 2002. – С. 185.
 6. Ризничук М.О. Частота і структура уроджених вад розвитку в дітей Чернівецької області та чинники ризику їх формування: автореф. дис. канд. мед. наук / М.О.Ризничук. — Чернівці, 2012. — 24 с.
 7. Тактика лечения гидронефроза у новорожденных / Э.А.Рудакова, А.В.Семенов, Г.Р.Рабаданов, К.А. Янгарева // Матер. Российского симп. детских хирургов «Хирургия новорожденных: достижения и перспективы». – М., 2010. – С. 41.
 8. Хворостов И.Н. Обструктивная уропатия / И.Н.Хворостов, С.Н.Зоркин, И.Е.Смирнов // Урология. – 2005. – №4. – С.73-76.
 9. Kazanskaya I.V. The internal of pelvis – the new approach to the diagnosis and treatment of hydronephrosis of children / I.V.Kazanskaya, V.V.Rostovskaya, I.L. Babanin // 3-rd International Symposium on Urological Stents. – Glasgow, Scotland, 2001. – P.71.
 10. Fetal obstructive uropathy-diagnosis and possible treatments / A.Strauss, S.Fuchshuber, A. Burges [et al.] // Z. Geburtshilfe Neonatol.– 2001. – V.205, № 3. – P.117-121.