

артериальной гипертензии, мембранопатологических процессов, выявление гипоксии, эндогенного источника инфицирования (нарушений микробиоценоза кишечника и его коррекцию), воздействия вирусов, бактерий, лекарств, влияния экологических факторов (тяжелых металлов), лучевого воздействия и других факторов. Подтверждена особая роль заболеваний почек матери, как фактора риска развития ТИПП у ребенка. В группе детей, родившихся от матерей с хроническим пиелонефритом, заболевания почек встречались у 69,2% из них и наблюдались в 4 раза чаще, чем в группах сравнения ( $p < 0,05$ ). У всех детей с развившимся ТИПП выявлена высокая частота перинатальных факторов, в т. ч. влияние гипоксии, обусловленной патологическим течением беременности и родов у их матерей. У детей с бактериальной стадией ТИН в 5–10 раз чаще, чем у детей с предрасполагающими состояниями, имелись указания в материнском анамнезе на осложнения течения беременности (угроза прерывания беременности, пиелонефрит беременных или обострение хронического пиелонефрита, ОРВИ и грипп во 2-й половине беременности, токсикоз I–II половины). Вирусное поражение мочевого тракта выявляется как в абактериальную, так и бактериальную стадию ТИПП. Присутствие вирусов преимущественно (89,1%) группы Коксаки А и В, выявленное иммунофлюоресцентным методом и серологическими исследованиями крови отмечалось у 36,8% больных и сохранялось в неактивную стадию у 51,1% детей, заболевших ТИН. В бактериальную стадию у 82,1% больных выявлена персистенция вирусов в ассоциации с бактериальной инфекцией. Бактериальная стадия ТИН формируется под влиянием комбинации Коксаки-вирусной и персистентной бактериальной инфекции при неполноценности неспецифических противоинфекционных механизмов, пролонгиро-

ванном повышении процессов перекисления липидов и угнетении антиоксидантной функции.

Диагностика ТИПП возможна на основании современных клинико-параклинических данных и функциональных исследований, подтверждающих преобладание повреждения канальцев и интерстиция. Радиоизотопные исследования позволяют оценить соотношение количества функционирующей паренхимы и полостной системы почек, проследить изменения в динамике при различной активности патологического процесса в почечной ткани, обнаружить существенные нарушения почечного кровотока при нефропатиях, получить информацию о морфофункциональном состоянии почек [И. В. Зорин (2009)].

Высокая чувствительность динамической нефросцинтиграфии делает этот метод особенно ценным для раннего выявления нарушений канальцевой функции почек, латентно-текущего патологического процесса в почечной ткани. Особое значение имеет оценка функционального состояния почек в сочетании с эхографическими показателями на ранней доклинической стадии формирования ТИПП, так как функциональные и морфологические изменения в почках проявляются значительно раньше, чем клинические симптомы ренального процесса. Лабораторные показатели ТИПП включают определение канальцевой тубулярной протеинурии, характеризующейся: низким уровнем (не превышает 1 г/сут) экскретируемого белка (белок представлен альбумином, лизоцимом,  $\beta$ 2-микроглобулином, иммуноглобулинами), ферментурией (нейтральная  $\alpha$ -глюкозидаза, L-аланинаминопептидаза и  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза мочи) при отсутствии высокомолекулярных белков. Экскреция с мочой ферментов (нейтральная  $\alpha$ -глюкозидаза, L-аланинаминопептидаза и  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза мочи) является биомаркером донозологической стадии ТИПП, предиктором развития ПН у детей с АОМС [Седашкина О. А. (2010)].

## ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

© А. А. Вялкова, М. С. Репман<sup>1</sup>, А. А. Селютин<sup>2</sup>, Ю. В. Севостьянова<sup>2</sup>, А. О. Иванов<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

<sup>2</sup> Центр гемодиализа и трансплантации ММУЗ Муниципальная городская клиническая больница скорой помощи, г. Оренбург

<sup>3</sup> ГУЗ Областная детская клиническая больница, г. Оренбург

Исход хронической болезни почек (ХБП) — терминальная хроническая почечная недостаточность (тХПН) относится к наиболее трагичным патологическим состояниям, так как сохранение жизни больных и их реабилитация возможны лишь при проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ).

### ЦЕЛЬ

Определить причины хронической почечной недостаточности (ХПН) и результаты заместительной почечной терапии (ЗПТ) у детей Оренбургской области.

## МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

Индексация стадии ХБП проведена по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ мл/мин), уровню микроальбуминурии (МА мг/сут) и состоянию тубулярных функций. Определены причины ХПН у 72 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет (мальчиков — 44, девочек — 28) за период с 2000 по 2010 гг. Анализ результатов ЗПТ проведен у 19 детей с терминальной стадией ХПН (тХПН).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Преคลินิกеская (I-II) стадия ХБП диагностирована у 46 из 72 пациентов (63,9%), III а и III б стадии — у 12 детей (16,7%), IV и V стадии ХБП — у 14 больных (19,5%). В структуре причин тХПН преобладают тубулоинтерстициальные заболевания почек (60,3%): рефлюкс-нефропатия, врожденные пороки развития органов мочевой системы (обструктивные уропатии) и уролитиаз, осложненные хроническим пиелонефритом (86,8%), гемолитико-уремический синдром (3,5%); врожденные и наследственные нефропатии (гипоплазия почек, поликистоз, нефронофтиз, цисти-

ноз и др., 12,3%); первичные и вторичные гломерулонефриты (27,4%), в том числе нефротический синдром с фокально-сегментарным гломерулосклерозом и тубулоинтерстициальным фиброзом (7,4%).

На диспансерном учете с I и II стадией ХБП (до-диализная стадия ХПН) состоят 42 больных в возрасте до 3 лет (3), с 4–6 лет (1), с 7 до 10 лет (12) и с 11 до 17 лет (26 больных).

За период с 2002 по 2009 гг. на гемодиализе находились 6 детей. Трансплантация почки в Оренбургской области проведена 38 больным, из них 13 пациентам в детском и подростковом возрасте, в том числе 7 детям на додиализной стадии ХБП.

В настоящее время с функционирующим аллотрансплантатом (после пересадки почки) наблюдаются у педиатра-нефролога 5 больных в возрасте до 17 лет. 8 пациентов переведены под наблюдение терапевта-нефролога, из них у 1 больного наблюдался криз отторжения, у 1 — летальный исход. Неонатальная нефрологическая помощь и заместительная почечная терапия детям остается малодоступной в Оренбургской области.

## ОПЫТ РАБОТЫ НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РДКБ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

© Г. М. Галиева

ГУЗ Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа, Республика Башкортостан

ГУЗ Республиканская детская клиническая больница (далее — РДКБ) г. Уфы является центром оказания специализированной и высокотехнологичной помощи детям Республики Башкортостан (РБ). На базе РДКБ функционирует Республиканский центр помощи детям с патологией мочеполовой системы. В составе Центра функционирует консультативный прием нефролога и уролога в поликлинике РДКБ. Диагностический комплекс РДКБ позволяет проводить эхографические исследования с доплерографией, рентгенодиагностику, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Исследуются система иммунитета и гемостаз. В нефрологическом отделении ежегодно получают стационарное лечение до 1000 больных, более 50% из них — дети с гломерулонефритами и гломерулопатиями. Обязательным условием обследования нефрологических больных является иммунологический мониторинг с проведением тестов экспресс-диагностики. Одним из последних внедрений является иммуногистохимическое исследование биоптатов почек. С 2002 г. в РДКБ произведено 244 биопсий почек, в том числе с проведением иммунофлюоресценции — 145. Исследование биоптата почки

с использованием антисывороток к иммуноглобулинам IgA, IgG, IgM, компонентам комплемента C3 и C1q в совокупности с различными гистологическими окрасками позволяет выделять такие формы мезангиопролиферативного гломерулонефрита как болезнь Берже (IgA-нефропатия), IgM-нефропатия. В отделении гемодиализа и гравитационной хирургии крови проводится заместительная почечная терапия с применением гемо- и перитонеального диализа больных с острой и хронической почечной недостаточностью. В отделении урологии, в том числе пересадки почек, проведено 43 успешных пересадок почек детям, из них 16 родственных. Техническое оснащение, кадровый потенциал позволили ГУЗ РДКБ в 2009 году получить лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по 9 видам, включая педиатрию, урологию, хирургию (пересадка почек).

Выводы и заключение. Система оказания медицинской помощи в Республике Башкортостан гарантирует доступность оказания специализированной нефрологической помощи детям на всех этапах (поликлиника — стационар дневной и круглосуточный — отделение диализа и трансплантации).