

НЕФРОШКОЛЫ В ПОДМОСКОВЬЕ – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Л.Н. Горчакова, Г.А. Шлаева, И.Н. Исаева

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Балашихинская ЦРБ, г. Балашиха, Россия

Истринская детская городская поликлиника, г. Истра, Россия

Нефроурогинекологическая патология у детей – это важная медицинская и социальная проблема. Следует отметить, что данные официальной статистики, регистрирующие заболеваемость по обращаемости, занижены в 5 и более раз.

Именно поэтому актуальными являются вопросы организации: 1) раннего обследования детей, угрожаемых по развитию патологии органов мочевыделительной системы в условиях поликлиники; 2) профилактических мероприятий у детей с пограничными состояниями из групп риска; 3) этапного наблюдения за больными детьми; 4) своевременного проведения восстановительных или реабилитационных (сезонных) курсов лечения при патологии органов мочевой системы.

В 8 городах Московской области работают нефрошколы, в план работы которых входит: 1) консультативный прием нефрологических больных; 2) санитарно-просветительные беседы с родителями и больными детьми на приеме (по конкретным нозологическим формам); 3) тематические лекции для врачей-педиатров по актуальным проблемам нефрологии детского возраста; 4) семинары для участковых педиатров с разбором тактики ведения детей с тяжелой нефрологической патологией. На базе детских поликлиник в г. Балашиха (с сентября 2001 г.); в г. Истра (с сентября 2003 г.); в г. Сергиев Посад (с января 2005 г.) и г. Шатура (с апреля 2005 г.) работу нефрошколы, при поддержке администрации ЛПУ, осуществляет главный детский нефролог Московской области Л.Н. Горчакова. В городах Одинцово, Ступино, Химки, Дмитров работу нефрошколы ведут подготовленные по детской нефрологии педиатры – районные и городские нефрологи.

В вышеуказанных городах Московской области проведено скрининг-обследование детского населения с использованием **основных методов раннего выявления нефропатий**: генеалогического исследования родословной; изучения состояния здоровья матери; обследования методами массового и селективного скрининга; ультразвукового обследования органов мочевой системы; мочевого скрининга; биохимических анализов мочи с применением скрининг-тестов. Это позволило улучшить раннюю диагностику заболеваний органов мочевой системы (ОМС), в том числе на стадии пограничных состояний, особенно у детей младшей возрастной группы (от 3 месяцев до 3 лет). Широкое применение неинвазивного (скринингового) метода ультразвуковой эхолокации почек и мочево-

го пузыря в более раннем возрасте, включая новорожденных и детей до года, позволило диагностировать врожденные аномалии ОМС, мочекаменную болезнь и своевременно проводить корригирующее (оперативное) и реабилитационное (консервативное) лечение.

Внедрение в практику информативных методов лабораторной и инструментальной скрининг-диагностики, особенно неинвазивных, способствовало своевременному выявлению пограничных состояний и латентных форм заболеваний ОМС у детей. При массовом скрининг-обследовании патология выявлялась в 47,6%, при селективном скрининге – в 86,4%.

В различных регионах России проведено скрининг-обследование, которое выявило сочетание различных медико-социальных факторов. На основании многофакторного анализа исследователями доказано, что основными факторами риска в формировании патологии ОМС являются: 1) отягощенный акушерский анамнез и предшествующие выкидыши; 2) экстрагенитальные заболевания матери, в том числе патология ОМС; 3) осложненное течение беременности; частые острые респираторно-вирусные инфекции у матери во время беременности; 4) прием медикаментозных препаратов и курение во время беременности; 5) особенности антенатального периода развития ребенка; 6) профессиональные вредности на производстве родителей.

В детской поликлинике г. Истры Московской области обследовано 242 ребенка в возрасте от 0 до 1 г. 8 мес. При массовом скрининге использовалось анкетирование родителей, которое выявило: наличие заболеваний ОМС у родителей и близких родственников 39 детей (16%); гинекологические заболевания у матери (уточненный диагноз из обменной карты) в 60% случаев; патологическое течение беременности с основными отягощающими факторами: анемия – 70%, токсикоз – 43%, угроза прерывания беременности – 40% и гестоз (высокое артериальное давление, отеки, синдром) – 12%; особенности течения родов: различная патология в родах – 21%, оперативные роды (кесаревым сечением) – 19%.

При анализе данных лабораторного скрининга выявлены изменения в клиническом анализе крови: анемия легкой степени (снижение уровня гемоглобина до 102-107 г/л) – у 90% детей, ускоренное СОЭ и (или) лейкоцитоз – у 27% детей. Характерные изменения в мочевом скрининге: лейкоцитурия выявлена у 45 детей (выраженная – у 4 и умеренная – у 41); кристаллурия с повышением относительной плотности мочи – у 17 детей, при этом оксалаты обнаружены у 15, а ураты – только у 2 детей. У 70 обследованных детей в 36% случаев выявлено нарушение характера стула в виде копростазов. При анализе результатов исследований кала на копрологию изменения отмечались у 23% обследованных детей. В кале обнаружены: жирные кислоты (умеренное количество) у 12% детей, лейкоциты (единичные) у 11%; йодофильная флора – у 9%; большое количество внеклеточного крахмала – у 4%. Выявленные изменения в кале указыва-

ют на субкомпенсированную стадию дисбиоза и вторичную и (или) первичную ферментопатию, что подтверждено исследованием кала на дисбактериоз у 99 детей (41%).

У 72 детей (30%) проведено УЗИ почек, которое является обязательным неинвазивным методом обследования при селективном скрининге. Выявлены следующие аномалии органов мочевыделительной системы: пузырно-мочеточниковый рефлюкс – у 1 ребенка (1,4%); пиелозктазии, неполное удвоение чашечно-лоханочной системы – у 21 (29,2%).

На основании анализа проведенного амбулаторно-поликлинического обследования детей в возрасте от 0 до 1 г. 8 мес. с использованием неинвазивных методов – сформирована диспансерная группа (см. табл.).

Нозологическая структура выявленной патологии органов мочевой системы у детей

Нозологические формы	Число больных (n=242)	
	абс.	%
I. Воспалительные заболевания	30	12,4
Острый пиелонефрит	3	10
Хронический пиелонефрит	1	3,3
Инфекции мочевых путей:	13	43,4
цистит	5	16,7
уретрит	1	3,3
вульвит, из них:	7	23,3
хламидиозный	4	57,1
трихомонадный	1	14,3
кандидозный	2	28,6
II. Дизметаболические (обменные) нефропатии	17	7
Оксалурия	15	88,2
Уратурия	2	11,8
III. Врожденные аномалии (УЗИ, n=72)	22	30,6
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	1	4,6
Пиелозктазия и (или) неполное удвоение чашечно-лоханочной системы	21	95,4
IV. Риск развития нефропатии (группа наблюдения)	80	33,1
Отягощенная наследственность по патологии органов мочевой системы	39	48,7
Умеренная лейкоцитурия	41	51,3

Анализ результатов обследования детей раннего возраста в условиях детской поликлиники с применением различных неинвазивных методов показал:

1. Распространение микробно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы. Кроме того, в настоящее время наметилась тенденция роста урогенитальной патологии у детей. Наличие атипичной инфекции (хламидийной, кандидозной и др.) при затяжном течении заболеваний ОМС требует индивидуального подхода к тактике ведения и лечения больного. Всем девочкам показана консультация детского гинеколога, исследование мазков на флору.

2. Заметный рост числа дизметаболических (обменных) нефропатий в детском возрасте.

3. Увеличение пациентов с сочетанной патологией органов мочевой системы.

4. Использование ультразвукового исследования в 100% случаев выявляло врожденную патологию у детей раннего возраста.

Дети с изолированным транзиторным мочевым синдромом из группы наблюдения осматривались нефрологом в динамике в течение 6 месяцев и обследовались по индивидуально разработанной программе. При стойкой нормализации анализов мочи и отсутствии патологии по данным УЗИ почек и мочевого пузыря дети снимались с диспансерного учета.

При стойких изменениях в анализах мочи, длительно сохраняющемся абдоминальном синдроме, изменениях при ультразвуковом исследовании органов мочевой системы все больные дети с целью уточнения диагноза, исключения функциональных и анатомических дефектов госпитализировались для комплексного стационарного обследования, в том числе – рентгенурологического.

Тактика ведения, лечения и реабилитации больных с заболеваниями органов мочевой системы разрабатывалась по индивидуальным схемам с обязательной коррекцией каждые 2-4 недели с учетом результатов динамического контроля за клинико-лабораторными показателями. Выявленные по результатам обследования больные с различной патологией ОМС активно наблюдались в динамике и получали адекватное лечение. Преимущество осуществлялось не только на разных этапах динамического наблюдения за больным ребенком, но и при передаче подростка под наблюдение во взрослую поликлинику.

Основными причинами низкой реабилитации больных и инвалидов являются: позднее выявление заболеваний; отсутствие четкой системы диспансеризации; отсутствие методов этапного восстановительного лечения.

Реабилитация больного и исход заболеваний ОМС зависят, прежде всего, от своевременно поставленного диагноза, адекватного комплексного лечения и использования системы первичной профилактики.

Система первичной профилактики заболеваний ОМС предполагает проведение мероприятий, включающих: 1) антенатальную (оздоровление женщин, предупреждение патологического течения беременности) и постнатальную профилактику (полноценный сбор ге-

неалогического и медико-биологического анамнеза); 2) раннее формирование групп риска по развитию нефропатий, с проведением мочевого скрининга; 3) санацию очагов хронического воспаления различных органов и систем.

Сезонная профилактика и оздоровление должны включать: витаминотерапию; назначение элиминационных диет; применение мембраностабилизирующих и обменкорректирующих препаратов.

Благоприятному течению восстановительного периода у большинства больных с патологией ОМС способствуют: лечебное питание (правильно подобранная диетотерапия), физио- и фитотерапия; лечебная физкультура; строгое соблюдение щадящего режима учебных занятий; полноценный отдых.

Особенностью клинического течения нефропатий на современном этапе является: отсутствие яркой клинической манифестации; различные сочетания патологии органов мочевыделительной системы у одного больного, чаще на фоне аномалий структурного дизэмбриогенеза, дизметаболических нарушений и микробно-воспалительного процесса.

Неблагоприятная экологическая ситуация, аллергизация детей, наличие сопутствующей хронической патологии, низкая санитарная грамотность населения оказывают непосредственное влияние на тяжесть течения заболеваний ОМС в детском возрасте. Поэтому при обследовании и наблюдении за больными нефрологического профиля нужен постоянный контакт педиатра, нефролога, детского уролога, детского гинеколога и рентгенолога, особенно при уточнении первичного и вторичного характера нефропатий, причин инфекций мочеполовых путей, для выявления врожденных пороков и аномалий развития органов мочевой системы, при исключении мочекаменной болезни и опухоли почек.

Рост заболеваемости ОМС у детей, поздняя диагностика нефропатий в раннем возрасте, в том числе и в Московской области, диктуют необходимость подготовки в ЛПУ врачей-педиатров по проблемам детской нефрологии и отработки единой тактики по раннему выявлению, квалифицированному, качественному динамическому наблюдению за больными детьми.

Для раннего выявления латентных форм нефропатий, предупреждения развития заболеваний ОМС необходимо продолжить внедрение современных информативных инструментальных и лабораторных методик: ультразвукового обследования (неинвазивного метода эхолокации); химического экспресс-теста определения солей, урочитограммы (цитологического исследования лейкоцитов), теста на кальцификацию, теста на антикристаллообразующую способность мочи. Следует подчеркнуть целесообразность их использования в условиях поликлиники.

Учитывая высокую частоту патологии ОМС у детей, родившихся от матерей с нефропатиями, обязательно соблюдение принципов преемственности при наблюдении за женщинами, с детства страда-

ющих заболеваниями ОМС, профилактические мероприятия должны осуществляться до рождения ребенка, обязательным является совместное наблюдение женщины и ребенка специалистами (акушером-гинекологом, терапевтом, педиатром).

Таким образом, в связи с ростом заболеваемости органов мочевой системы необходимо обследование детей раннего возраста для выявления патологии ОМС. Исход и прогноз заболеваний во многом зависят от своевременного выявления пограничных состояний, максимально точно поставленного топического диагноза, грамотного динамического наблюдения и профилактики осложнений. Большое значение имеют укрепление материально-технической базы детских лечебно-профилактических учреждений и повышение уровня постдипломной подготовки педиатров по профилактической медицине.

Ранняя диагностика позволит предупредить развитие осложнений, хронизацию патологического процесса. Своевременная комплексная реабилитационная терапия: охранительный режим, элиминационная диета, рациональное щадящее лечение необходимы для улучшения качества жизни детей, угрожаемых по развитию болезней мочевой системы.

Деятельность всех служб практического здравоохранения должна быть направлена на предупреждение изменений в состоянии здоровья детей, которые приводят ребенка к инвалидности. Совершенствование специализированной (нефрологической) помощи больным будет способствовать ранней диагностике, улучшению прогноза, профилактике осложнений, в том числе хронической почечной недостаточности, и снижению инвалидизации в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Волкова З.А., Сивочалова О.В., Кожин А.А. Медицинские и экологические проблемы охраны материнства и детства. – Н. Новгород, 1993. – 220 с.
2. Вялкова А.А. Роль факторов предрасположения в формировании и хронизации тубулоинтерстициального нефрита у детей. / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1989. – 46 с.
3. Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.Е. Детская инвалидность. – М., 1995. – 53 с.
4. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. – Л., 1989. – 455 с.
5. Игнатов С.И., Игнатова М.С. Диагностика соматических заболеваний у детей. – М., 1994.
6. Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Шашинка М. Гломерулонефрит у детей. – М., 1990.
7. Наумова В.И., Папаян А.В. Почечная недостаточность у детей. – Л., 1991.
8. Нефрология. Руководство. / Под ред. И.Е. Тареевой. – М., 1995. – Т. 1, 2.
9. Усов И.Н. Нефриты у детей. – Минск, 1987.