

Частота АГ при ХПН I стадии составила 23,1 %, при ХПН II — 41,2 %, при ХПН III — 75,0 %, при ХПН IV — 65,8 %. Различия встречаемости АГ на ранних и поздних стадиях ХПН достоверны ($p < 0,05$). АГ наблюдалась в 65,9 % у мальчиков и в 49,1 % у девочек ($p < 0,009$). Тяжесть АГ не зависела от стадии ХПН и возраста больного. АГ обусловлена не степенью нефросклероза, а характером основного заболевания и индивидуальными особенностями регуляции артериального давления. На ранних стадиях ХПН синдром АГ представлен у детей с хроническим тубулоинтерстициальным нефритом в 66,7–100 % и дисплазией почек в 40–50 %, с обструктивными нефропатиями в 6,7–26,7 %. При ХПН III–IV различий частоты АГ в зависимости от основного диагноза не выявлено.

На момент обследования АГ скорректирована в 33,3 % при ХПН I, в 57,1 % при ХПН II, в 53,3 % при ХПН III и в 70,8 % при терминальной ХПН (42,3 % с помощью гемодиализа (ГД) и диеты с ограничением соли и жидкости, 37,5 % медикаментозно). Для лечения АГ у гемодиализных больных чаще других препаратов использовались ингибиторы ангиотен-

зинпревращающего фермента (93,5 %) и диуретики (29 %). Больные на ГД получали селективные β_1 -адреноблокаторы (55,8 %) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (44,2 %). Монотерапия проводилась в 63,9 % у больных.

По данным эхокардиографии, у больных с АГ выявлена высокая частота гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) независимо от стадии ХПН (79,8–100 %). У пациентов без АГ на гемодиализных стадиях ХПН ГЛЖ отмечена реже: при ХПН I не выявлена, при ХПН II — 12,5 %, при ХПН III — 60,0 %. В терминальной стадии ХПН частота ГЛЖ достигает такого же уровня, как у больных с АГ (77,8 %).

ВЫВОДЫ

Частота АГ нарастает по мере прогрессирования ХПН. На ранних стадиях частота АГ зависит от этиологии ХПН. Для коррекции АГ наиболее часто используют ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Проводимая терапия не позволяет добиться коррекции АГ у значительной части больных с ХПН. АГ является фактором развития ГЛЖ на всех стадиях ХПН.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

© Я. А. Мунхалова, А. В. Горохова, С. Ю. Остобунаева, Л. А. Ермолаева, В. К. Никифорова

Северо-Восточный Федеральный университет имени М. К. Аммосова;
Якутский медицинский институт, кафедра пропедевтики детских болезней;
Республиканская больница № 1;
Национальный центр медицины, Педиатрический центр, Якутия

В последние десятилетия наметилась тенденция увеличения в детской популяции заболеваний органов мочевой системы. В среднем частота нефропатий в Республике Саха (Якутия) составляет 30,8 случаев на 1000 детского населения. Болезни почек и мочевыводящих путей отличаются большой вариабельностью патологического процесса от маломанифестных до тяжелых форм со скрытым началом и торпидным течением, а с другой стороны, отдельные формы нефропатий имеют прогрессирующий характер и осложняются хронической почечной недостаточностью. Поэтому раннее выявление, динамичное наблюдение и реабилитация таких больных, преимущество в работе участковых педиатров и педиатров-нефрологов, этапное оказание специализированной помощи детям с нефрологической патологией позволяет снизить показатели заболеваемости органов мочевой системы, уменьшить частоту инвалидности этой категории больных.

В условиях республики нефрологическая помощь детям включает 3 этапа — амбулаторно-поликлинический, госпитальный и реабилитационный. Следует отметить более ранний этап в диагностике и раннем выявлении патологии мочевой системы, предшествующий амбулаторно-поликлиническому этапу. Это этап антенатальной ультразвуковой диагностики патологии плода, который позволяет провести раннее обследование в периоде новорожденности и продолжить качественное динамическое наблюдение.

Основным звеном в раннем выявлении патологии мочевой системы является участковый врач детской поликлиники. Участковый врач готовит и направляет детей на консультацию к нефрологу, заполняет санаторно-курортные карты на детей. В республике имеется два нефрологических кабинета для консультативного приема детей с патологией мочевой системы: кабинет нефролога в консульта-

тивной поликлинике Педиатрического центра Национального центра медицины — Республиканской больнице № 1 и кабинет городского нефролога в детской городской больнице № 1 г. Якутска. В условиях консультативного приёма в педиатрическом центре детям, обратившимся за специализированной помощью к нефрологу, проводятся по показаниям УЗИ с цветным доплером, рентгенологическое и радионуклидное, лабораторные исследования, консультации специалистов.

Стационарная специализированная помощь детям республики оказывается в нефрологическом отделении (20 коек), урологическом отделении

(20 коек) Педиатрического центра Национального центра медицины — Республиканской больницы № 1. Заместительная почечная терапия (программный гемодиализ) проводится в отделении гравитационной хирургии крови НЦМ. При необходимости оформляются выписки в центральные специализированные нефрологические клиники. В детскую реабилитационную больницу г. Якутска направляются дети на долечивание и проведение ранней реабилитации.

Таким образом, плодотворно работает система предоставления специализированной нефрологической помощи детям в Республике Саха (Якутия).

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПОВЫШЕННОЙ ФОСФАТУРИЕЙ

© А. В. Мусаева

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

ЦЕЛЬ

В катамнезе оценить особенности течения и лечения гипофосфатемического рахита, обусловленного повышенной фосфатурией, у 52 детей из 51 семьи.

МЕТОДЫ

Клинический, генеалогический, оценка выживаемости по методу Kaplan-Meier (1958). Диагностика гипофосфатемического рахита проводилась на основании гипофосфатемии, фосфатурии, варусной деформации нижних конечностей, резистентности к терапии витамином D₂ и D₃, генеалогического анализа. Рассчитана канальцевая реабсорбция фосфатов по формуле: $TRP = 1 - [(U_{Ph} \times P_{Cr}) : (P_{Ph} \times U_{Cr})]$. В норме составляет более 80 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 52 пациентов 51 семьи с фосфат-диабетом обследовано мальчиков — 23 (44,4%), девочек — 29 (55,6%) в возрасте от 2 до 18 лет. Анализ родословных 51 семьи с фосфат-диабетом установил наличие X-сцепленного и аутосомно-доминантного у 37 (72,6%) детей, аутосомно-рецессивного типа наследования у 14 (27,4%) детей. Низкий рост и деформация нижних конечностей выявлена у детей в 100%. Канальцевая реабсорбция фосфатов, рассчитанная у 52 пациентов, составила $33,7 \pm 3,6\%$. У 37 детей с гипофосфатемическим рахитом X-сцепленным и аутосомно-доминантным фосфатурия составила $25,5 \pm 4,15$ мг/кг/сут, в группе с аутосомно-рецессивным типом $30,46 \pm 3,67$ мг/кг/сут. Гипофосфатемия при X-сцепленном, аутосомно-доминантном варианте со-

ставляла $0,74 \pm 0,52$ ммоль/л, гипофосфатемия у детей с аутосомно-рецессивным типом $0,74 \pm 0,125$ ммоль/л, повышение щелочной фосфатазы при X-сцепленном, аутосомно-доминантном варианте $1130,1 \pm 498,2$ U/e. Уровень циркулирующего паратиреоидного гормона при X-сцепленном, аутосомно-доминантном варианте составил $60,57 \pm 71,2$ пмоль/л, 25 (ОН) D₃ — $152,3 \pm 24,6$ нмоль/л, кальцитонина $85,05 \pm 50,61$ нг/мл, у детей с аутосомно-рецессивным типом уровень паратиреоидного гормона — $187,6 \pm 241,2$ пмоль/л, 25 (ОН) D₃ — $121,65 \pm 40,09$ нмоль/л, кальцитонина $6,27 \pm 3,7$ нг/мл. У 14 детей с аутосомно-рецессивным гипофосфатемическим рахитом выявлены гиперкальциурия более 5 мг/кг/сут, компенсированный метаболический ацидоз у 10, нефрокальциноз у одного. Из 52 пациентов в разные периоды 23 (44,4%) получали фосфатный буфер и витамин D₂ 50–100 тыс МЕ/сут; фосфатный буфер и активные метаболиты витамина D₃ 17 (32,6%); Special redutale (дигидрофосфат калия и моногидрофосфат натрия), в меньшей дозировке активные метаболиты витамина D₃ у 2 (3,8%), не получали терапию 10 (19,2%). Ортопедическая хирургическая коррекция, неоднократно проведенная у 27 пациентов (51,9%) из 52 детей с фосфат-диабетом, не дала положительной динамики. У 52 пациентов (2–18 лет) с фосфат-диабетом нарушений функции почек и прогрессирования в хроническую почечную недостаточность не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с гипофосфатемическим рахитом, обусловленным повышенной фосфатурией, нужда-