

БАРИНОВ И.В.

355.511.512:616.61-008.64-053.2

Самарский государственный медицинский университет,
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, г. Самара

Особенности восстановительного периода и диспансеризации детей, перенесших гемолитико-уремический синдром, острую почечную недостаточность

Цель: проанализировать течение восстановительного периода у детей, перенесших гемолитико-уремический синдром (ГУС), острую почечную недостаточность (ОПН), определить особенности диспансеризации.

Материалы и методы исследования: В СОКБ им. М.И. Калинина за 2000-2009 годы пролечено 56 детей с ГУС и ОПН в возрасте от 4 месяцев и до 3 лет. У всех больных развитием ГУС предшествовала кишечная инфекция (типичный диарейный ГУС). Синдром развивался в течение 1-3 дней, анурия была длительностью от 3 до 28 суток (в среднем $12,7 \pm 1,2$ суток).

Полученные результаты и их обсуждения. Дети наблюдались в отделении гемодиализа. Проанализированы острый период и восстановительный — на протяжении не менее года и до 7 лет. Азотемия выявлена у всех больных (повышение уровня мочевины составляло в среднем $34,7 \pm 1,2$ ммоль/л, креатинина в сыворотке крови — в среднем 352 ± 20 мкмоль/л). У всех детей развился декомпенсированный метаболический ацидоз ($BE=11,24 \pm 0,64$; $pH=7,31 \pm 0,01$). Гиперкалиемия имела у 7 детей, у остальных содержание калия оставалось в пределах нормы. Тромбоцитопения отмечена у всех больных разной степени тяжести — у отдельных пациентов снижение тромбоцитов было до 60×10^9 /л.

Гемолитическая анемия присутствовала у наших пациентов, при этом у 17 из них содержание гемоглобина не превышало 60 г/л. У части больных нами установлены признаки, характерные для синдрома ДВС (геморрагический синдром, нарушение микроциркуляции). Неврологическая симптоматика различной степени выраженности выявлена у половины больных и была связана как с гиперволеемией и повышением артериального давления, так и с нарушением микроциркуляции в сосудах мозга.

Дети получали сеансы гемодиализа, гемодиализа в сочетании с плазмаферезом, а также перитонеальный диализ. Внедрение продленных методик гемофильтрации и системы «PEDI-PED» при проведении острого перитонеального диализа, сочетание заместительной терапии — плазмафереза и гемодиализа позволило снизить летальность от ОПН за прошедшие 10 лет до 2,8%.

Наблюдение детей, перенесших ГУС, ОПН после выхода из острой стадии в отделении нефрологии, затем амбулаторно позволило дифференцированно подходить к реабилитации пациентов, предотвращать прогрессирование заболевания, уменьшить частоту исходов в хроническую почечную недо-

статочность (ХПН). Все дети, перенесшие ГУС, ОПН в восстановительном периоде включались в областной регистр с рекомендациями по дальнейшему ведению ребенка.

Общая тактика ведения заключалась в следующем. Обязательная плановая госпитализация в отделение нефрологии через два месяца после выписки из стационара; вторая госпитализация через шесть месяцев, а затем 1-2 раза в год на протяжении не менее 5 лет при благоприятном течении восстановительного периода. Дети наблюдаются в основном с хроническим интерстициальным нефритом. Отягощающий фактор — в 10% случаев выявляется дисплазия и гипоплазия почек. После острой стадии заболевания обследование детей проводится по одной схеме: анализ функционального состояния почек, активности процесса, состояния внутренних органов, нервной системы. Нами отмечено, что снижение функции почек может проявляться и через некоторое время после длительного латентного периода. При нормализации всех показателей функций почек, по данным пробы Реберга, Зимницкого, показателям ацидоаммониегенеза, динамической нефросцинтиграфии возможно комиссионное снятие с учета. При выявлении микрогематурии, протеинурии, артериальной гипертензии, снижения скорости клубочковой фильтрации пациенты с учета не снимаются. Диспансерное наблюдение при хронической болезни почек (ХБП) осуществляется вплоть до перевода ребенка во взрослую сеть.

Учитывая полисистемность поражений при ГУС, в диспансеризации больных, перенесших этот синдром, помимо нефролога участвуют многие специалисты: гастроэнтеролог, невролог, кардиолог, гепатолог, иммунолог, а при наличии показаний и психолог. В 50% случаев у детей наблюдаются симптомы поражения органов пищеварения, в 15% — нервной системы. С учетом осложнений данного синдрома, наличия нарушений и со стороны иммунной системы проводится индивидуальная коррекция медикаментозных и немедикаментозных методов реабилитации, лечебного питания.

Заключение: Восстановительный период после перенесенного ГУС, ОПН не имеет четко оформленных временных границ. При благоприятном течении он продолжается от 1 года до 5 лет. При сохранении мочевого синдрома, при наличии снижения скорости клубочковой фильтрации, эпизодов артериальной гипертензии ребенок с диспансеризации не снимается. Рекомендуется длительный прием ингибиторов АТФ на фоне лечебного питания.