И.Е. ИВАНОВА, А.А. ТРЕФИЛОВ
Институт усовершенствования врачей, г. Чебоксары
Городская детская больница №3, г. Чебоксары

616.31-07:616.61- 053.31

Первые итоги ультразвукового скрининга почек у новорожденных детей в рамках национального проекта «Здоровье»

В России в рамках национального проекта «Здоровье» согласно приказу Минздравсоцразвития РФ №307 от 28.04.2007 «О стандарте наблюдения за детьми первого года жизни» обязательное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек у новорожденных детей начато с 2007 года.

Цель: проанализировать результаты ультразвукового скрининга почек у новорожденных и грудных детей в г. Чебоксары за 2 года.

Пациенты и методы. Проведена сонография почек и проанализированы ее результаты у 2482 детей (мальчиков — 1244, девочек — 1238) в возрасте 1-3 месяцев.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что патологические изменения в почках при ультразвуковом исследовании визуализированы у 286,1 на 1000 детей. Патология почек была представлена врожденными пороками развития (ВПР), малыми аномалиями развития (МАР), кистами, изменениями реактивно-воспалительного характера, гиперэхогенными включениями и сочетанием перечисленных патологических состояний.

ВПР диагностированы у 168 малышей (6,77% от всех обследованных). Среди мальчиков частота выявляемости ВПР почек была выше, чем среди девочек (7,79% и 5,74% соответственно). Изолированные ВПР почек имели 143 ребенка (5,76%), сочетание врожденных пороков и МАР — 25 детей (1,0%).

МАР почек (пиелоэктазии, ротации, расщепление ЧЛС столбиком Бертена, синдром Фрейли) диагностированы у 468 (18,9%) детей. Кистозные изменения в почках имели 2 ребенка.

Нами установлено, что агенезия выявлялась у 0,8 детей на 1000 (с одинаковой частотой у мальчиков и девочек), гипоплазия почек — у 1,2 на 1000, причем в 2 раза чаще у мальчиков (мальчики — 1,6‰, девочки — 0,8‰), удвоение почек — у 9,3 на 1000 (мальчики 14,5‰, девочки — 4,0‰), варианты дистопии почек — 10,1 на 1000, подковообразная почка — 4,4 на 1000 (мальчики — 6,4‰ и девочки 2,4‰), гидронефрозы — 34,2 на 1000 (мальчики — 42,6‰, девочки — 25,8‰).

Среди всех МАР превалировали пиелоэктазии — 130,5‰ (мальчики — 143,9‰, девочки — 117,1‰), на 2-м месте по распространенности следует выделить ротации почек — 28,2‰, на 3-м — расщепление ЧЛС столбиком Бертена — 18,1‰, реже выявлялся симптом Фрейли — 4,4‰. Кистозные изменения диагностированы у 2 детей (0,8‰).

Реактивно-воспалительные изменения диагностированы у 62 младенцев (24,9‰), гиперэхогенные включения в почках выявлены у 27 малышей (10,9‰).

При сравнении полученных данных с результатами наших предыдущих исследований (2001 - 2003 гг.) оказалось, что общая распространенность ВПР и МАР в популяции детей первых месяцев жизни не изменилась, но структура отдельных пороков и МАР имела некоторые различия.

Таким образом, патологические состояния со стороны мочевой системы имели 28,6% обследованных детей, что можно объяснить морфофункциональной незрелостью органов детей первых месяцев жизни и высокой степенью распространенности врожденных аномалий развития данной области. Не менее 2/3 детей с выявленной патологией нуждаются в повторном неоднократном эхографическом исследовании почек в динамике, что необходимо учитывать при планировании работы врачей ультразвуковой диагностики и отражать в протоколах диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни.

616.61-002.27-053.2(470.344)

И.Е. ИВАНОВА, Л.В. СЕМЕНОВА
Институт усовершенствования врачей, г. Чебоксары
Республиканская детская клиническая больница, г. Чебоксары

Место уронефрологической патологии в структуре хронической болезни почек (ХБП) у детей Чувашской республики

Цель исследования: определить региональные особенности, возрастно-половой состав детей и место уронефрологической патологии в структуре ХБП.

Материалы и методы: проанализировано 672 историй развития детей, находящихся на диспансерном учете в связи с заболеваниями органов мочевой системы из всех сельских

районов и городов Чувашии.

Результаты. Среди наблюдаемых детей с ХБП не выявлено достоверной разницы по половому составу (мальчиков — 51,9%, девочек — 48,1%). Для хронических гломерулонефритов, аномалий развития мочевой системы (АМС), обструктивных уропатий, мочекаменной болезни характерно преобладание мальчиков, а для вторичного пиелонефрита (ПиН), тубулоинтерстициального нефрита, наследственного нефрита и нефробластом — девочек (p<0, 001).

Руководствуясь данными скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле Шварца, вся группа детей с ХБП представлена следующим образом: ХБП I стадии — 50,6%, II стадии — 40,1%, III стадии — 7,2%, IV стадии — 0,48, V стадии — 0,32%. Таким образом, 8,0% наблюдаемых детей имели ХПН, из них 0,32% — в стадии тХПН. Среди мальчиков больных с III-V стадиями ХБП было достоверно больше (p<0,05).

Структура ХБП представлена гломерулярными и тубулоинстерстициальными поражениями почек (хронические гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный и наследственный нефрит) у 18,5%, АМС у 17,1%, единственной почкой в результате нефрэктомии или врожденного порока развития у 15,1%, хроническим обструктивным ПиН у 12,2%, хроническим ПиН на фоне АМС у 11,6%, хроническим ПиН у детей с оперированными АМС у 19,55%, кистозной дисплазией почек у 2,8%, мочекаменной болезнью у 1,8%, прочими заболеваниями у 1,1% детей.

В нашем исследовании дети с наследственным нефритом, гломерулонефритом и нефрэктомией по поводу нефробластомы представляли собой наиболее старшую возрастную группу. Наименьший средний возраст отмечался в группе детей с вторичным ПиН на фоне обструктивных уропатий. Самая низкая средняя СКФ выявлена в группе детей с нефрэктомией по поводу АМС и обструктивных уропатий — 78,82±3,97 мл/мин, самая высокая — в группе детей с наследственным нефритом, гломерулонефритом и оперированными опухолями.

Наиболее высокая доля детей с ХПН наблюдалась в группе детей с нефрэктомией по поводу АМС — 19,2%, 2-е место заняли дети с оперированными АМС — 15,0%, 3-е — с агенезией почки (12,0%). Хотя среди детей с гломерулонефритом доля ХПН составила только 8,7%, 2 ребенка из этой группы имели ХПН V стадии, 1 — находился на хроническом гемодиализе, 1 ребенку трансплантирована почка.

Как показали наши исследования, среди всех детей с ХБП наиболее серьезный прогноз имеют дети с единственной почкой. Средний возраст детей с единственной почкой составил 8,84±0,61 года. Достоверной разницы в среднем возрасте у мальчиков и девочек и средней СКФ (83,56±2,8 мл/мин) в зависимости от пола нами не установлено. Среди детей с единственной почкой 1-я стадия ХБП наблюдалась у 34,9%, 2-я — у 51,8%, 3-я — у 12,0%, 5-я — у 1,2%. Таким образом, дети с единственной почкой имели ХПН в 13,2% случаев.

Среди причин наличия единственной почки преобладала агенезия - 60,2%, нефрэктомия в связи с врожденной патологией составила 31,4%, нефрэктомия в связи с опухолевым процессом – 8,4%. У мальчиков достоверно чаще диагностировалась агенезия (64%), среди девочек – нефрэктомия по поводу нефробластомы (p<0,01). Среди детей с агенезией 12% детей имели ХПН, причем 1 ребенок — тХПН. У 44% детей порок развития осложнился хроническим ПиН, причем у 28% — на фоне обструктивной уропатии. 48% детей имели агенезию с викарной гипертрофией единственной почки, 4 ребенка — с пороком развития единственной почки: мультикистоз с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, подвздошно-тазовая дистопия, удвоение единственной почки, гипоплазия и дистопия почки. Таким образом, только у 40,7% детей единственная почка была здоровой, остальные дети имели хроническое заболевание и/или порок развития почки, что является в прогностическом плане крайне неблагоприятным и требует активного проведения нефропротективной терапии.

Выводы. В группе детей с ХБП в ЧР лидирующее место занимает уронефрологическая патология, доля которой составляет 77,3% от всех заболеваний.

Наиболее серьезный прогноз среди детей с ХБП имеют пациенты с единственной почкой в результате нефрэктомии, имеющие ПиН или порок развития.

Дети с ХБП, развившейся на фоне уронефрологической патологии, требуют диспансерного наблюдения группой врачей специалистов: урологом, нефрологом, врачами центра по гемодиализу и пересадки почек для проведения полноценной нефропротективной и при необходимости заместительной терапии.

616.6-053.2

С.В. ИГНАТЬЕВ, В.А. МАХНЁВА, М.П. РАЗИН
Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Применение магнитоинфракрасной лазерной терапии в комплексном послеоперационном лечении детей с врожденными обструктивными уропатиями

Обструктивный пиелонефрит (ОП) является самым распространенным заболеванием среди всей урологической патологии у детей. Учитывая клинико-микробиологическое и иммунологическое своеобразие ОП, мы применили в комплексном лечении детей данной категории магнитоинфракрасную лазерную терапию (МИЛТ), что связано с ее противовоспалительным, противоотечным, анальгезирующим, мембраностабилизирующим, антибактериальным и иммуномодулирующим