

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Л.Н.Горчакова, Э.А.Канарская, Т.В.Сорокина, О.В. Мех
МОНИКИ*

Нефрологическая патология в детской популяции имеет в настоящее время неуклонную тенденцию к значительному росту [5,6]. В различных регионах страны она составляет от 12 до 210 на 1000 детского населения. Ухудшение экологической ситуации, проживание в условиях, не соответствующих гигиеническим нормативам, – все это способствует распространению данной патологии [1].

Следует отметить, что в последнее десятилетие произошло изменение в общей структуре заболеваний органов мочевой системы (ОМС) у детей. Отмечено увеличение обменной патологии (дисметаболических нефропатий), врожденных пороков развития с преобладанием сочетанной патологии органов мочеполовой системы – нефро-уро-гинекологической. В последние 5-10 лет наблюдается относительное снижение доли гломерулонефритов, в основном, острых форм заболевания на фоне стафилококковой инфекции. Изменился и характер выявляемой патологии органов мочевой системы. Преобладают латентные формы нефропатий, увеличилось число больных с изолированным мочевым синдромом. Все это значительно усложняет своевременную диагностику заболеваний. Кроме того, выражена склонность многих заболеваний почек к прогрессирующему и торпидному течению с формированием хронической почечной недостаточности у детей [7]. Значительно выросло число инвалидов детства среди больных с врожденными пороками развития органов мочеполовой системы [3]. Особенностью клинического течения нефропатий на современном этапе является сочетание у одного больного различных заболеваний ОМС на фоне аномалий, структурного дизэмбриогенеза, дисметаболических нарушений и микробно-воспалительного процесса. Заболевания почек у детей часто протекают без яркой клинической манифестации. Поэтому проблемы ранней диагностики и профилактики нефропатий у детей в раннем возрасте в настоящее время особо актуальны.

Данные официальной статистики, регистрирующие заболеваемость по обращаемости, не отражают истинной распространенности заболеваний органов мочевой системы среди детского населения [9]. Показатели заболеваемости при использовании скрининг-методов значительно выше. Достоверные сведения можно получить только при анализе результатов комплексного обследования. Своевременному обнаружению нефро-уропатий в условиях детской поликлиники способствует применение неинвазивных методов массового и селективного скрининг-обследования.

Массовый скрининг с использованием анкетирования родителей позволяет получить достоверные сведения о наличии наследственных заболеваний, в том числе органов мочевой системы.

У детей с тяжелыми затяжными и хроническими заболеваниями ОМС чаще выявляется отягощенный семейный анамнез.

Метод селективного скрининга предусматривает полное амбулаторно-поликлиническое нефрологическое обследование детей. Основными показателями для селективного скрининга у детей с заболеваниями ОМС являются: отягощенная наследственность, рецидивирующий абдоминальный синдром, гипотензия и/или гипертония, малые аномалии развития (5 и более стигм дизэмбриогенеза), изолированные изменения в моче в виде кристаллурии.

Выявление патологии органов мочевой системы составляет 89%, если у ребенка имеется 2 и более признаков данного селективного скрининга [4].

В настоящей работе, на основании анализа внедрения массового и селективного скрининг-обследования, сделана попытка кратко обобщить основные вопросы тактики комплексного исследования в условиях детской поликлиники и амбулаторного динамического наблюдения за больными и детьми из групп риска по развитию нефропатий. Наличие атипичной инфекции при затяжном течении заболеваний ОМС требует индивидуального подхода к тактике ведения и лечения больного.

В течение 1995-1997 гг. в Мытищинском, Ступинском районах, в городах Электросталь, Ивантеевка, Дедовск было внедрено массовое и селективное скрининг-обследование детского населения. Внедрение проводилось с целью изучения частоты распространенности нефропатий в детской популяции Московской области и раннего выявления заболеваний органов мочевой системы для коррекции терапии, тактики ведения больного.

На базе детских городских поликлиник городов Мытищи, Ивантеевка, Ступино, Электросталь Московской области проведено комплексное амбулаторно-поликлиническое обследование детей. Организация этого мероприятия включала 3 этапа.

Для выявления патологии ОМС, пограничных состояний и состояний, угрожаемых по развитию нефропатий, метод массового скрининг-обследования применялся при осмотрах детей в возрасте от 0 до 15 лет в детских дошкольных учреждениях, школах и на приеме в детской поликлинике. Патология органов мочевой системы диагностирована у 1/3 осмотренных детей (от 31 до 44 на 1000 детского населения). Процент патологии органов мочевой системы при массовом скрининге составил до 44,5% , при селективном скрининге – до 80% .

Дети из групп риска по развитию нефропатии обследовались в условиях поликлиники по индивидуальной схеме, в зависимости от жалоб, семейного анамнеза. Наличие у них двух и более признаков селективного скрининга являлось показанием к проведению комплексного амбулаторного обследования, включающего: общий анализ мочи (трехкратно); общий анализ крови; ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. По показаниям, применялись другие методы исследования: количественный анализ мочи по Нечипоренко; функциональная проба мочи по

Зимницкому; уроцитограмма (цитология мочевого осадка); ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Проводились консультации специалистов: детского гинеколога, детского уролога, оториноларинголога, окулиста, а также невропатолога, гастроэнтеролога, кардиоревматолога и иммунолога.

Стойкие изменения в анализах мочи, длительно сохраняющийся абдоминальный синдром указывают на патологию органов мочевой системы, и для уточнения диагноза больные госпитализировались в стационар на комплексное обследование. Биохимический анализ крови (инвазивный метод обследования) применялся, в основном, в условиях специализированного стационара. Назначение специальных (инвазивных) методов исследования, в том числе рентгеноурологических, четко обосновывалось. Все рекомендации, в соответствии с четко установленным клиническим диагнозом заболевания, для динамического наблюдения и лечения больного в амбулаторных условиях направлялись участковому педиатру по месту жительства ребенка.

Таким образом, в результате трехэтапного исследования выявлены больные с различной патологией органов мочевой системы и сформированы группы риска по развитию нефропатий для проведения дальнейшего динамического наблюдения и индивидуально подобранной адекватной терапии. Преемственность осуществлялась не только на разных этапах динамического наблюдения за больным ребенком, но и при передаче подростка под наблюдение во взрослую поликлинику.

Распределение выявленной патологии органов мочевой системы по нозологическим группам показало, что первое место занимают воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы: острые и хронические пиелонефриты, чаще вторичного характера, циститы, вульвиты и вульвовагиниты. Проведенный анализ результатов комплексного обследования детей выявил значительную частоту поражения девочек любого возраста. Осмотр детского гинеколога с обследованием мазков на микробную флору позволил диагностировать у 1/4 больных грибковую инфекцию, чаще кандидозную, урогенитальный хламидиоз и микстинфекцию (микоплазмы, уреоплазмы, гемолитический стрептококк, гарднереллез, трихомонада).

Дети с затяжным течением заболеваний органов мочевой комплексно обследовались в педиатрической клинике МОНИКИ. Хламидийная инфекция выявлялась практически в 100% случаев. У 20% больных детей были обнаружены также уреоплазмы или микоплазмы.

Нефрологическим больным показано длительное динамическое наблюдение и лечение, в том числе и амбулаторное. Поэтому каждому врачу необходимо, на основании результатов динамического контроля за клинико-лабораторными показателями, разрабатывать индивидуальные схемы терапии с проведением регулярной коррекции.

Комплексный метод лечения больных с нефро-урогинекологической патологией внедрен в педиатрической клинике

МОНИКИ и в четырех районах Московской области (Мытищинском, Ступинском, г. Ивантеевке, г. Электростали).

Полученные данные о заболеваемости органов мочевой системы у детей Московской области диктуют необходимость дальнейшей оптимизации индивидуальных схем комплексной терапии и реабилитации, в зависимости от топического диагноза, наличия инфекции. В настоящее время необходимо продолжить дальнейшее внедрение в практику и других районов Московской области неинвазивных методов скрининг-обследования, обоснованных комплексных методов адекватного лечения нефро-урогинекологической патологии у детей, особенно уrogenиального хламидиоза и его осложнений.

Дети с неуточненными формами микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы наблюдались в динамике (в течение 6 месяцев) с диагнозом: инфекция мочевых путей. При затяжном волнообразном течении воспалительного заболевания дети комплексно обследовались в условиях поликлиники и стационара с целью уточнения характера патологии и клинического диагноза. Половина детей с различными воспалительными заболеваниями органов мочевой системы при установлении диагноза были старше семи лет.

На втором месте по количеству больных стояли дисметаболические (обменные) нефропатии. По характеру кристаллурии чаще диагностировалась оксалатно-кальцевая и уратная нефропатии. Следует отметить, что в последние годы в Московской области увеличилось число детей с мочекаменной болезнью. Возраст самого младшего больного был 7 месяцев.

Все дети с мочекислым диатезом наблюдались в динамике в течение 6 месяцев, комплексно обследовались в условиях поликлиники и обязательно получали корригирующую терапию, в том числе элиминационную диету.

Значительно увеличилось число детей с ночным и дневным недержанием мочи. Все пациенты комплексно обследованы в условиях поликлиники и наблюдались совместно с невропатологом. У 10 % больных выявлена нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, в основном, по гиперрефлекторному типу. Эта патология чаще встречалась у детей с отягощенным ante- и перинатальным анамнезом, которые стояли на учете у невропатолога. В данной нозологической группе больных преобладали дети в возрасте 7-10 лет и старше. В 50% случаев комплексное обследование ребенка впервые проводилось именно в этом возрасте.

Следует отметить высокий процент выявления врожденной патологии органов мочевой системы – до 44,4% в старшем возрасте – у детей 10-14 лет. Раннее выявление врожденной патологии (у детей до года) составило лишь 22,2%. В настоящее время неинвазивный (скрининговый) метод ультразвукового исследования органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря позволяет диагностировать врожденные аномалии органов мочевой системы в более раннем возрасте, включая новорожденных и детей до года.

План исследований, тактика динамического наблюдения и лечения при тяжелой патологии органов мочевой системы всегда определялись индивидуально с учетом всего комплекса сведений о ребенке. Именно поэтому число больных с диагнозом "инфекция мочевых путей" неуточненной локализации значительно уменьшилось. Это связано с улучшением качества диагностики, взаимодействием в работе нефролога, уролога и гинеколога. Эффективность комплексного обследования детей с применением селективного скрининга в условиях детской поликлиники составила 76,7%.

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

Таким образом, анализ результатов комплексного обследования детей с нефрологической патологией по районам Московской области показал новые тенденции в изменении нозологических форм патологии. Наибольшее распространение имеют микробно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, часто с рецидивирующей патологической бактериурией. Значительно увеличилось число диагностированных вторичных пиелонефритов на фоне различных аномалий развития почек и мочевых путей (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, врожденный гидронефроз, удвоение почек и другие). Заметно возросло число дисметаболических (обменных) нефропатий, мочекаменной болезни у детей. У большинства больных отмечено более тяжелое течение иммунно-воспалительных заболеваний почек, а именно, различных форм гломерулонефрита. Большую группу составляют пациенты с сочетанной патологией почек и других органов и систем организма. Тяжелые врожденные и наследственные нефропатии в настоящее время являются основной причиной развития хронической почечной недостаточности в детском возрасте. Низкая реабилитация больных и инвалидов обусловлена, прежде всего, поздним выявлением заболеваний, отсутствием четкой системы динамического наблюдения, тактики индивидуального ведения ребенка с применением адекватной терапии и методов восстановительного лечения в условиях местного санатория.

Практический интерес, на наш взгляд, представляют данные по широкой вакцинации детей с патологией органов мочевой системы при полном отсутствии активности процесса.

После временного отвода, по медицинским показаниям, сроком от 1 до 6 месяцев, профилактические прививки проводились всем детям с заболеваниями органов мочевой системы. Дети с гломерулонефритом, иммунно-воспалительными заболеваниями почек не прививались, так как за время наблюдения у них не было длительной стойкой ремиссии.

Перед вакцинацией ребенку обязательно проводилось контрольное обследование: общий анализ мочи (трехкратно), общий анализ крови. Отсутствие активного процесса, период полной и стойкой клинико-лабораторной ремиссии заболевания (в течение 1 месяца) является показанием для проведения вакцинации с учетом неблагоприятной эпидемиологической обстановки в районе. Больной прививался по индивидуальному графику, щадящим методом, без сочетания вакцинальных препаратов.

После вакцинации, для раннего выявления возможных осложнений у больных с различными нефропатиями, в динамике (на 3-й, 5-й и 21-й день) исследовалась моча (общий анализ мочи).

Осложнений у больных детей, при правильной подготовке к проведению профилактических прививок, нами не наблюдалось.

Внедрение в практику новых, высокоинформативных лабораторных и инструментальных методов скрининг-диагностики, особенно неинвазивных, способствует своевременному выявлению латентных форм заболеваний органов мочевой системы и пограничных состояний у детей. В целом следует подчеркнуть целесообразность их использования в условиях поликлиники. Более широкое внедрение диагностических нефроурогинекологических программ в регионах Московской области будет способствовать ранней диагностике заболеваний органов мочевой системы у детей на стадии пограничных состояний. Это необходимо для подбора адекватного индивидуального лечения с целью полной реабилитации больных детей.

Совершенствование детской нефрологической службы следует начинать с первичного звена практического здравоохранения, включающего амбулаторно-поликлиническую службу, прежде всего, участковых педиатров. Первый этап улучшения качества медико-социальной помощи детям включает формирование групп риска по развитию нефропатий, раннее выявление заболеваний органов мочевой системы и динамическое наблюдение за больными. Догоспитальную диагностику заболеваний ОМС у детей необходимо проводить с применением метода селективного скрининга.

Вторым этапом улучшения качества специализированной медико-социальной помощи детям является организация амбулаторно-поликлинических нефроурогинекологических центров диагностики и реабилитации с дневным стационаром и санаторным отделением.

Ключевыми вопросами в решении проблемы профилактики нефропатий, особенно в детском возрасте, является этиологический подход и четкая концепция факторов риска. Анализ характера эндогенных факторов у больных с заболеваниями органов мочевой системы выявил существенные иммунные, обменные и нейровегетативные изменения у детей.

В последние годы в нефрологии детского возраста проведены многочисленные исследования и доказана роль экзогенных

факторов в формировании патологии органов мочевой системы [5, 6].

В литературе широко обсуждается влияние социальных факторов на развитие нефропатий [1, 2]. Массовое скрининг-обследование, с проведением анкетирования родителей больных детей, позволяет достаточно полно выявить эти факторы. Учитываются демографические (возраст, образование, состояние здоровья родителей), экономические (жилищные, материальные условия семьи, профессиональные вредности на производстве родителей), гигиенические условия и образ жизни семьи (характер и регулярность питания, продолжительность сна, занятия спортом, двигательная активность ребенка, закаливание).

В качестве биологических факторов рассматриваются болезни матери и ближайших родственников, особенности антен- и интранатальных периодов развития, сведения о состоянии здоровья ребенка, перенесенных заболеваниях.

На основании многофакторного анализа доказано, что основными факторами риска в формировании заболеваний ОМС являются: отягощенный акушерский анамнез и заболевания матери, особенности антенатального периода развития ребенка, профессиональные вредности на производстве родителей. Скрининг-обследование выявило сочетание различных медико-социальных факторов (экстрагенитальные заболевания матери, в том числе патологию органов мочевой системы, осложненное течение беременности, прием медикаментозных препаратов и курение во время беременности, частые острые респираторно-вирусные инфекции у матери во время беременности, предшествующие выкидыши, работу женщины на вредном производстве). Установленные при анкетировании родителей методом массового скрининг-обследования факторы риска развития нефропатий в детском возрасте позволяют обосновать комплекс информативных критериев отбора детей в группы риска по развитию заболеваний органов мочевой системы.

Полиморфизм клинической картины заболеваний органов мочевой системы у детей приводит родителей на прием к различным специалистам: окулисту – по поводу отека век, нарушения зрения; к инфекционисту – с диспептическими жалобами, кишечным синдромом; к эндокринологу – по поводу жажды и полиурии; к невропатологу – при стойком недержании мочи. Поэтому специалист любого профиля должен знать "малые" симптомы болезней органов мочевой системы и внимательно их оценивать у детей, уметь своевременно выявлять патологию ОМС и правильно назначать комплексное обследование, адекватную щадящую терапию.

Для оздоровления детей с нефроурогинекологической патологией на ранних этапах важно развивать профилактическое направление. Одним из путей совершенствования нефрологической службы является проведение первичной профилактики заболеваний органов мочевой системы у детей. Учитывая высокую частоту патологии органов мочевой системы у детей, родившихся от

матерей с нефропатиями, обязательно соблюдение принципов преемственности при наблюдении за женщинами, с детства страдающими заболеваниями органов мочевой системы. Профилактические мероприятия должны осуществляться до рождения ребенка. Система первичной профилактики предполагает антенатальную (оздоровление женщин, предупреждение патологии беременных) и постнатальную профилактику (полноценный сбор генеалогического и медико-биологического анамнеза, раннее формирование групп риска по развитию нефропатий, с проведением мочевого скрининга, санация очагов хронического воспаления). Необходимо организовать совместное наблюдение женщины и ребенка специалистами (акушером-гинекологом, терапевтом, педиатром).

Сезонная профилактика и оздоровление должны включать: витаминотерапию, назначение элиминационных диет, применение мембраностабилизирующих и обменкорректирующих препаратов. Благоприятному течению восстановительного периода у больных способствуют: правильно подобранное лечебное питание – диетотерапия, физио- и фитотерапия, лечебная физкультура, строгое соблюдение щадящего режима учебных занятий, полноценный отдых.

Нефроурогинекологическая патология у детей – это важная медицинская и социальная проблема, а исход и прогноз заболеваний во многом зависят от максимально точно поставленного топического диагноза с учетом современных знаний о механизмах развития осложнений [8]. В рамках намеченной целевой программы, для улучшения качества амбулаторно-поликлинической помощи детям с различными заболеваниями органов мочевой системы в Московской области, целесообразно продолжить усовершенствование организации нефроурогинекологических центров диагностики и реабилитации с дневным стационаром и санаторным отделением, внедрение современных методов ранней диагностики нефропатий и принципов адекватной высокоэффективной терапии.

Деятельность всех служб практического здравоохранения должна быть направлена на предупреждение изменений в состоянии здоровья детей, которые приводят ребенка к инвалидности. Совершенствование специализированной помощи нефро-урогинекологическим больным будет способствовать ранней диагностике, улучшению прогноза, профилактике осложнений, в том числе хронической почечной недостаточности, и снижению инвалидизации в детском возрасте. Важное значение имеет укрепление материально-технической базы детских лечебно-профилактических учреждений и повышение уровня постдипломной подготовки педиатров по профилактической медицине.

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. Докт. дисс.—М., 1989.— 46с.
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. — Т.1, 2. — М., 1995.
9. Усов И.Н. Нефриты у детей.— Минск, 1987.

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

*А.В.Древаль, Г.А.Онопrienко, В.И.Шумский, О.П.Кузнецова,
Л.А.Марченкова, И.А.Комиссарова, Я.Р. Нарциссов
МОНИКИ, МНПК "Биотики"*

Остеопороз — заболевание, характеризующееся снижением костной массы и изменением микроархитектоники кости, которые ведут к повышенной хрупкости костной ткани и увеличению риска переломов. По данным статистики, в США остеопорозом страдает 25 миллионов человек, у 1,3 миллионов человек ежегодно происходят переломы различных костей скелета (250 тыс. переломов шейки бедра, 500 тыс. переломов позвонков и 324 тыс. переломов запястья). Переломы костей ведут к потере трудоспособности и инвалидности у 50% лиц трудоспособного возраста. На проблему остеопороза в США расходуется более 10 млрд долларов в год. Таким образом, это широко распространенное тяжелое заболевание, так называемая "невидимая эпидемия XX века", которая требует внушительных материальных затрат на лечение, реабилитацию и социальную помощь. В связи с неуклонно нарастающей заболеваемостью остеопорозом и частотой переломов [18] эта проблема в настоящее время приобретает огромное медико-социальное и экономическое значение.

Остеопорозом страдают преимущественно женщины после 45 лет. По данным последних эпидемиологических исследований, постменопаузальный остеопороз в общей структуре заболевания составляет приблизительно 60%, факторы риска развития остеопороза имеют около 50% женщин репродуктивного возраста и примерно 90% женщин в пери- и постменопаузе [19,21]. Частота переломов шейки бедра у женщин до 45 лет составляет не более 2%, в 45-65 лет - 6%, в 75 лет - 33% [15]. В связи с вышесказанным, проводя наши исследования, мы уделяли первостепенное значение диагностике и лечению постменопаузального остеопороза. Проведено выборочное обследование 79 женщин в пери- и постменопаузальном периоде, а также с посткастрационным синдромом. Для исследования показателей плотности и массы кости использовалась рентгеноденситометрия — метод диагностики, давно применяемый для оценки состояния костной системы. Приборы, используемые в настоящее время, — денситометры — обеспечивают точ-