
Часть II

**ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ
И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ**

СКРИНИНГ-ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.Н. Горчакова
МОНИКИ

В настоящее время установлена значительная распространенность заболеваний органов мочевой системы (ОМС) у детей. Ее средний показатель по России составляет 29 на 1000 детского населения [12, 15]. В связи с ухудшением экологической ситуации, нефрологическая патология в детской популяции имеет неуклонную тенденцию к значительному росту [13]. В различных регионах страны показатели варьируют в широких пределах – от 12 до 210 на 1000 детского населения. Влияние неблагоприятных экологических факторов на здоровье детей и учащение числа нефропатий усиливает медико-социальную значимость проблем детской нефрологии. Около 85% детского населения проживают в условиях, не соответствующих гигиеническим нормативам.

В Московской области средняя заболеваемость органов мочеполовой системы имеет тенденцию к неуклонному росту (см. диаграмму).

Диаграмма



В общей структуре заболеваний ОМС у детей отмечено увеличение обменной патологии (дисметаболических нефропатий), врожденных пороков развития с преобладанием сочетанной нефроурогинекологической патологии ОМС. В последние 5-10 лет наблюдается относительное снижение доли гломерулонефритов, в основном, – острых форм заболевания на фоне стафилококковой инфекции.

Следует отметить, что в последнее десятилетие произошли изменения характера выявляемой патологии ОМС, преобладают латент-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

ные формы нефропатий, увеличилось число больных с изолированным мочевым синдромом, что значительно усложняет своевременную диагностику, также возросло число случаев дисметаболических нефропатий, нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, циститов, урогенитального хламидиоза и микстинфекций, таких, как микоплазмы, уреоплазмы, гемолитический стрептококк, гарднереллез, трихомонада, кандидоз.

Наличие атипичной инфекции при затяжном течении заболеваний ОМС, требует индивидуального подхода к тактике ведения и лечения больного. 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. Кроме того, выражена склонность многих болезней почек к прогрессирующему и торпидному течению с формированием хронической почечной недостаточности у детей. Значительно выросло число инвалидов детства среди больных с врожденными пороками развития ОМС.

Особенностью клинического течения нефропатий на современном этапе является сочетание у одного больного различных заболеваний ОМС на фоне аномалий, структурного дизэмбриогенеза, дисметаболических (обменных) 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 особенно актуальны.

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.

Для раннего выявления нефропатий целесообразно проводить активное обследование детей в три этапа: 1) профилактические осмотры; 2) комплексное обследование в поликлинике; 3) комплексное стационарное обследование.

Своевременному раннему выявлению нефроуропатий в условиях детской поликлиники способствует применение неинвазивных методов массового и селективного скрининг-обследования. Показатели заболеваемости при использовании скрининг-методов значительно выше. При массовом скрининге – с широким использованием анкетирования родителей – в детских дошкольных учреждениях, школах и на приеме в детской поликлинике выявляемость патологии органов мочевой системы повышается в 7-10 раз.

Массовый скрининг-метод позволяет выявить детей: из семей с нефропатиями; с рецидивирующими болями в животе и/или в пояснице (абдоминальным синдромом); с артериальной гипер- и/или гипотензией; имеющих 5 и более стигм дизэмбриогенеза; с изолированным мочевым синдромом; с изменениями в моче в виде кристаллурии.

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Метод селективного скрининга предусматривает полное амбулаторно-поликлиническое нефроурогинекологическое обследование детей. Основными признаками для проведения 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 [12].

Массовое и селективное скрининг-обследование детского населения проводилось при осмотрах детей в возрасте от 0 до 15 лет в детских дошкольных учреждениях, школах и на приеме в детской поликлинике – с целью изучения распространенности нефропатий в детской популяции, раннего выявления пограничных состояний у пациентов, угрожаемых по развитию нефропатий и заболеваний органов мочеполовой системы, в стадии процесса для коррекции терапии, тактики ведения больного и полной реабилитации.

Патология ОМС при массовом скрининге составила 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 обязательного комплексного амбулаторного обследования: 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, невропатолога и (по показаниям) – гастроэнтеролога, кардиоревматолога и иммунолога.

Стойкие изменения в анализах мочи, длительно сохраняющийся абдоминальный синдром указывают на патологию органов мочевой системы. Для уточнения диагноза больные госпитализировались в стационар на комплексное обследование. Биохимический анализ крови (инвазивный метод обследования) применяется, в основном, в условиях специализированного стационара. Назначение специальных (инвазивных) методов исследований, в том числе рентгенурологических, четко обосновывается.

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 выявляются больные с различной патологией ОМС и формируются группы риска по развитию нефропатий для проведения дальнейшего динами-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

ческого наблюдения и индивидуально подобранной адекватной терапии. Преимущество осуществлялась не только на разных этапах динамического наблюдения за больным ребенком, но и при передаче подростка под наблюдение во взрослую поликлинику.

Распределение выявленной патологии ОМС по нозологическим группам показывает, 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 ОМС комплексно обследовались в педиатрической клинике МОНИКИ. Хламидийная инфекция выявлялась практически в 100% случаев. У 20% больных детей были обнаружены также уреоплазма или микоплазма.

Полученные данные о заболеваемости ОМС у детей Московской области диктуют необходимость дальнейшей оптимизации индивидуальных схем комплексной терапии и реабилитации, в зависимости от топического диагноза, наличия инфекции. В настоящее время широко внедряются в практику врачей-педиатров и детских нефрологов Московской области неинвазивные методы скрининг-обследования, обоснованные комплексные методы адекватного лечения нефроурогинекологической патологии у детей, особенно урогенитального хламидиоза и его осложнений.

Дети с неуточненными формами микробно-воспалительных заболеваний ОМС – с диагнозом «инфекция мочевых путей» – наблюдаются в динамике (в течение 6 месяцев). При затяжном волнообразном течении воспалительного заболевания больные комплексно обследуются в условиях поликлиники и стационара с целью уточнения характера патологии и клинического диагноза. Половина детей с различными тяжелыми воспалительными заболеваниями ОМС при установлении первичного диагноза – старше 7 лет.

На втором месте по количеству больных стояли дисметаболические (обменные) нефропатии. По характеру кристаллурии чаще диагностировалась оксалатно-кальциевая и уратная нефропатии. Следует отметить, что в последние годы в Московской области увеличилось число детей с мочекаменной болезнью. Самый младший больной был в возрасте 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 обследуются в условиях поликлиники и наблюдаются совместно с невропатологом. У 60%

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

больных выявляется нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, в основном, по гиперрефлекторному типу. Эта патология чаще встречается у детей с отягощенным ante- и перинальным анамнезом, которые стоят на учете у невропатолога. В данной нозологической группе больных преобладают дети в возрасте 7-10 лет и старше. В 50% случаев комплексное обследование ребенка впервые проводилось именно в этом возрасте.

Неинвазивный (скрининговый) метод ультразвукового исследования органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря позволяет в более раннем возрасте, включая новорожденных и детей до 1 года, диагностировать врожденные аномалии ОМС. У детей до 1 года они составляют 22,2%, от 10 до 14 лет – 44,4%.

План исследований, тактику динамического наблюдения и лечения больного с тяжелой патологией ОМС всегда определяют 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 детского гинеколога.

Эффективность комплексного обследования детей с применением селективного скрининга в условиях детской поликлиники составила 76,7%.

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.

Внедрение в практику новых, высокоинформативных, лабораторных и инструментальных методов скрининг-диагностики, особенно неинвазивных, способствует своевременному выявлению латентных форм заболеваний ОМС и пограничных состояний у детей.

Первый этап улучшения качества медико-социальной помощи детям включает формирование групп риска по развитию нефропатий, раннее выявление заболеваний ОМС и динамическое наблюдение за больными. Догоспитальную диагностику этих заболеваний у детей необходимо проводить с применением метода селективного скрининга.

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

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

Анализ характера эндогенных факторов у детей с заболеваниями ОМС выявил существенные иммунные, обменные и нейровегетативные изменения.

В последние годы в нефрологии детского возраста проведены многочисленные исследования и доказана роль экзогенных факторов в формировании патологии органов мочевой системы [6, 14].

Массовое скрининг-обследование с проведением анкетирования родителей больных детей позволяет достаточно полно выявить социальные факторы – 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, занятие 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.

Анализ результатов скрининг-обследования показал, 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 (экстрегенитальные заболевания матери, в том числе патологию органов мочеполовой системы, осложненное течение беременности, прием медикаментозных препаратов и курение во время беременности, частые острые респираторно-вирусные инфекции у матери на разных сроках беременности, предшествующие выкидыши, работу женщины на вредном производстве).

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 диспепсическими 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 ОМС у детей и внимательно оценивать каждый симптом, уметь своевременно выявлять эту патологию и правильно назначать комплексное обследование, адекватную щадящую терапию.

Учитывая высокую частоту патологии ОМС у детей, родившихся от матерей с нефропатиями, обязательно соблюдение принципов преемственности при наблюдении за женщинами, с детства страдающими заболеваниями органов мочеполовой системы. Профилактические мероприятия должны осуществляться до рождения ребенка.

Деятельность всех служб практического здравоохранения должна быть направлена на предупреждение изменений в состоянии здоро-

II. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

вья, которые приводят ребенка к инвалидности. Совершенствование специализированной помощи нефроурогинекологическим 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 после-дипломной подготовки педиатров по профилактической медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путем, у детей, подростков и беременных // Тез. докл. науч.-практич. конф. дерматовенерологов, акушеров-гинекологов и педиатров. – Екатеринбург, 1999.
2. Баткаев Э.А., Липова Е.В. Урогенитальный хламидиоз / Учебное пособие. – М., 2000. – 41с.
3. Брагина Е.Е., Орлова О.Е., Дмитриев Г.А. // ЗПП. – 1998. – № 1.
4. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного // Тез. докл. Всерос. междисциплинарной науч.-практич. конф. – Саратов, 2000.
5. Воспаление – патофизиологические и клинические аспекты / Под общей редакцией Н.П. Чесноковой, А.В. Михайлова. – Саратов, 1999.
6. Вялкова А.А. Роль факторов предрасположения в формировании и хронизации тубулоинтерстициального нефрита у детей / Автореф. докт. дисс. – М., 1989. – 46 с.
7. Горчакова Л.Н., Каширцева Л.Т. // Развитие и здоровье детей Европейского Севера: проблемы и решения / Сб. материалов науч.-практич. конф. под ред. акад. Манэб, проф. Ю.Р. Теддера. – Архангельск, 1997. – С. 138-139.
8. Горчакова Л.Н., Римарчук Г.В., Длин В.В. и др. Включение в терапию вирус-ассоциированного гломерулонефрита у детей нового комплексного препарата «ВИФЕРОН» / Метод. реком. – М., 1997. – 16 с.
9. Гранитов В.М. Хламидиозы. – М. – Н. Новгород, 2000. – 191 с.
10. Длин В.В., Видута О.В., Белостоцкий В.М. // Материалы I конгресса педиатров-нефрологов – СПб., 1996.
11. Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.Е. Детская инвалидность. – М., 1995. – 53 с.
12. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. – Л., 1992. – 455 с.
13. Игнатов С.И., Игнатова М.С. Диагностика соматических заболеваний у детей. – М., 1994.
14. Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Шашинка М. Гломерулонефрит у детей. – М., 1990.
15. Наумова В.И., Папаян А.В. Почечная недостаточность у детей. – Л., 1991.
16. Нефрология / Руководство, под ред. И.Е. Тареевой. – Т.1,2. – М., 1995.
17. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений Московской области за 1996 – 2000 гг. – М., 2001. – 42 с.
18. Римарчук Г.В., Горчакова Л.Н., Игнатова М.С. и др. Скрининг-обследование детского населения с целью раннего выявления заболеваний органов мочевой системы / Метод. реком. – М., 1995. – 16 с.
19. Усов И.Н. Нефриты у детей. – Минск, 1987.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИФЕРОНА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Л.Н. Горчакова, Н.И. Урсова, Н.И. Дациева, В.В. Длин, О.В. Катышева,
В.В. Малиновская*

МОНИКИ, МНИИ ПсДХ МЗ РФ, НИИЭиМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН

Для медленных вирусных инфекций характерна персистенция вируса и латентное течение заболевания. У больных с торпидным и волнообразным течением заболевания частота персистирующей ви-