

СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХПН) У ДЕТЕЙ: 5-ЛЕТНЕЕ ОДНОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

© Л. С. Приходина, В. В. Длин, М. С. Игнатова

ФГУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России, Москва

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение частоты и структуры ХПН у детей с хроническими болезнями почек (ХБП), госпитализированных в специализированное нефрологическое отделение из различных регионов России.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено ретроспективное исследование историй болезни 2653 детей в возрасте от 1,0–17,5 лет с различными наследственными и приобретенными ХБП за период 2005–2009 гг. ХПН определялась при стабильно повышенном уровне креатинина в крови >100 мкмоль/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ХПН установлена у 56 пациентов (27 мальчиков/ 29 девочек), что составило 2,1% среди всех пациентов с ХБП. Основные причины формирования ХПН: хронический гломерулонефрит (ГН) у 20 (35,7%) больных, гипо-/дисплазия почек — у 12 (21,4%), тубулопатии — у 10 (17,9%), обструктивные уропатии/рефлюкс-нефропатия — у 7 (12,5%), гемолитико-уремический синдром (ГУС) — у 4 (7,1%), синдром Альпорта — у 3 (5,4%). Среди пациентов с ГН у 13 (65%) отмечался первичный стероид-резистентный нефротический синдром (СРНС), в т. ч. ФСГС у 7 (53,9%), мембрано-пролиферативный ГН — у 5 (38,5%), мезангио-пролиферативный ГН — у 1 (7,6%). Медиана воз-

раста развития ХПН у детей с ХБП составила 13,3 (8,0; 16,0) лет. У больных с ГН формирование ХПН отмечено в возрасте 8,5 (3,5; 14,5) лет, при тубулопатиях — в 9,5 (9,0; 12,0) лет, с гипо-/дисплазией почек — в 15,0 (8,0; 16,0) лет, при обструктивных уропатиях/рефлюкс-нефропатии — в 15,0 (13,0; 16,0), при ГУСе — в 16,5 (14,8; 17,3) лет, при синдроме Альпорта — в 16,5 (15,0; 17,0) лет ($\chi^2=16,42$; $p=0,0057$). Среди больных с ХПН у 12 (21,4%) детей установлены наследственные синдромы: Альпорта (3), Барде-Бидля (2), Сеньора-Локена (2), Фрайзера (1), Денис-Драш (1), Коккейна (1), а также туберозный склероз (1) и аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек (1). Терминальная стадия ХПН отмечена у 14 (25%) детей: синдром Альпорта — у 3/3 (100%), нефронофтиз — у 4/10 (40%), гломерулопатии — у 5/20 (25%), гипо-/дисплазии почек — у 1/12 (14,3%), обструктивные уропатии/рефлюкс-нефропатии — у 1/7 (8,3%). 11 (78,6%) пациентам с терминальной стадией ХПН проведена родственная трансплантация почки, 3 (21,4%) детей находятся на заместительной терапии перитонеальным диализом (n=2) и гемодиализом (n=1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота ХПН у детей с ХБП, по данным специализированного нефрологического отделения, составляет 2,1%. Основной причиной развития ХПН у детей является хронический ГН с превалированием СРНС с ФСГС.

МОДЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

© Н. Д. Савенкова

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Определяя концепцию развития здравоохранения до 2020 года, заместитель министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор В. И. Скворцова (2009) подчеркивает, что «для нашей страны приемлема только государственная модель здравоохранения». Согласно программе развития здравоохранения до 2020 года существует государственная гарантия предоставления бесплат-

ной для больного и доступной качественной медицинской помощи на всех этапах.

Государственная организация специализированной педиатрической нефрологической помощи включает:

- систему государственного управления (МЗ СР РФ, Департамент науки, образования и кадровой политики МЗ СР РФ, Департамент медико-социальных проблем семьи, материнства и детства МЗ СР РФ,