

Эпидемиология заболеваний органов мочевой системы и концепция нефрологической помощи детям и подросткам Свердловской области

Н. А. Хрущева, Ю. В. Макарова, Л. Е. Сафронова

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Регистрируется ежегодный рост заболеваемости в Свердловской области среди детей и подростков по болезням мочеполовой системы. Отмечается нарастание патологии с возрастом. В 2007 г. Пороки развития ОМС (11%) заняли третье место после пороков развития сердечно-сосудистой (27%) и костно-мышечной систем (15%). В структуре причин инвалидности у детей и подростков заболевания ОМС занимают 7 место, составляя около 5%. В Свердловской области ведется регистр больных с различными стадиями ХПН, в том числе с дидиализной и диализной. В настоящее время на диспансерном учете состоит 56 детей с ХПН I-III стадии, 11 из них — с терминальной стадией. Принимая во внимание социальную значимость и существенный рост болезней ОМС у детей, в настоящее время особое значение приобретают вопросы совершенствования специализированной нефрологической помощи детскому населению.

Ключевые слова: болезни органов мочеполовой системы, хроническая почечная недостаточность, нефробиопсия.

Для изучения эпидемиологической ситуации по болезням мочеполовой системы (БМПС) у детей и подростков Свердловской области проведен анализ ежегодных статистических показателей за 5 лет (2003-2007 гг.).

Первичная заболеваемость по БМПС возросла с 17,7 до 27,4 на 1000 детского населения до 14 лет и с 37,6 до 57,5 на 1000 подростков (15-17 лет). Ежегодный прирост первичной заболеваемости среди детей и подростков составил 2,3% и 4% соответственно. Общая заболеваемость по БМПС среди детей до 14 лет увеличилась с 52,7 до 69,1%, превышая средний показатель по России — 55,3%. Общая заболеваемость среди подростков возросла с 85,4 до 116,3%, что также выше среднероссийского показателя — 99,1%.

В регионах Свердловской области с высоким уровнем техногенного загрязнения: городах Екатеринбург, Ревда, Полевской, Перво-

уральск, Кушва, Краснотурьинск, Каменск-Уральский — наблюдаются не только высокие показатели общей заболеваемости (46-105%), но и подъем заболеваемости нефритами [1, 2].

Отмечается нарастание патологии с возрастом. В нозологической структуре врожденных, наследственных и приобретенных нефропатий во всех возрастных группах преобладает инфекция мочевой системы, в том числе пиелонефрит на фоне аномалий развития органов мочевой системы (ОМС), нейрогенных дисфункций мочевого пузыря, пузырно-мочеточникового рефлюкса. В структуре заболеваний с возрастом увеличивается доля дисметаболических нефропатий, в том числе мочекаменной болезни, и гломерулопатий. Среди больных гломерулонефритом наблюдается увеличение пациентов, имеющих затяжное течение заболевания, резистентное к традиционной терапии.

Обращают на себя внимание высокие показатели заболеваемости БМПС среди детей первого года жизни — от 46,8 до 64,4%, хотя в последние 2 года отмечается снижение этого показателя на 7% в год.

Пороки развития ОМС в структуре врожденных пороков развития составляют от 5 до 11%. В 2007 г. Пороки развития ОМС (11%) заняли третье место после пороков развития

Н. А. Хрущева — д. м. н., профессор, зав. кафедрой детских болезней педиатрического факультета УГМА, гл. детский внештатный нефролог Свердловской области, врач-педиатр, нефролог;

Л. Е. Сафронова — к. м. н., доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета УГМА, врач-педиатр;

Ю. В. Макарова — к. м. н., ассистент кафедры детских болезней педиатрического факультета УГМА, врач-педиатр.

сердечно-сосудистой (27%) и костно-мышечной систем (15%).

В структуре причин инвалидности у детей и подростков заболевания ОМС занимают 7 место, составляя около 5%. В 2006 г. Впервые признаны инвалидами по заболеваниям ОМС 74 ребенка, повторно — 403 ребенка, в том числе это больные с хронической почечной недостаточностью.

В Свердловской области ведется регистр больных с различными стадиями ХПН (с 08.2004 г. в ОДКБ №1 функционирует отделение детского диализа), в том числе с додиализной и диализной. В настоящее время на диспансерном учете состоит 56 детей с ХПН I-III стадии, 11 из них — с терминальной стадией. В структуре ХПН преобладают наследственные и врожденные нефропатии 95% (из них рефлюкс-нефропатия — 10%), хронический гломерулонефрит — 5%. Ежегодно умирают от ХПН 2 детей (с наследственными и врожденными нефропатиями в возрасте 3-17 лет), однако в 2007 г. не зарегистрировано летальных исходов от заболеваний почек и ХПН. Перитонеальный диализ получают 9 детей (6 пациентов из Свердловской области, 3 — из других регионов), на программном гемодиализе находится 18 человек (10 детей до 18 лет и 8 —

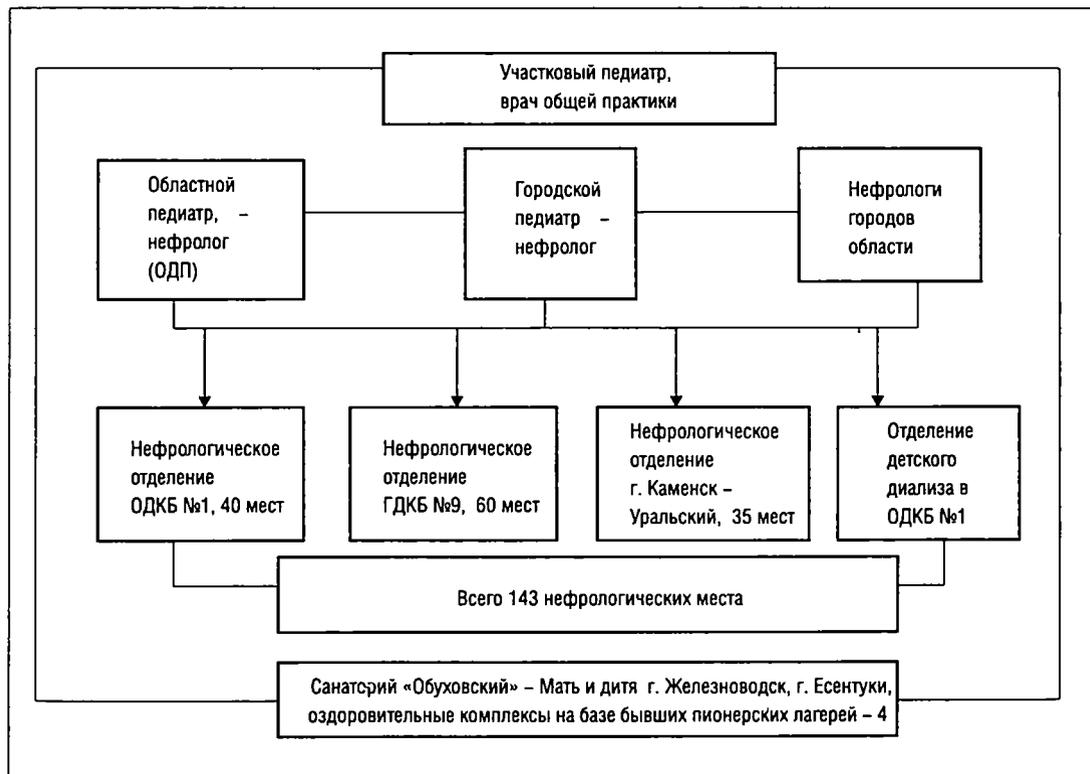
старше 18 лет). В Свердловской области, как и в России в целом, наблюдается увеличение количества новых диализных больных, что по данным Российского диализного общества (2006) в ближайшее десятилетие приведет к удвоению количества пациентов, требующих заместительного лечения (перитонеального диализа, гемодиализа).

Принимая во внимание социальную значимость и существенный рост болезней ОМС у детей, в настоящее время особое значение приобретают вопросы совершенствования специализированной нефрологической помощи детскому населению.

Концепция нефрологической помощи детям Свердловской области основана на профилактическом подходе, раннем выявлении факторов риска по развитию патологии ОМС, выявление пограничных состояний, внедрение комплекса современного лабораторно-инструментального обследования для установления нозологического диагноза и проведения адекватной, индивидуальной терапии.

Для координации и проведения всей клинико-диагностической, лечебной, организационно-методической, консультативной деятельности по проблеме патологии ОМС, а также диспансеризации данной категории больных

Рисунок Структура нефрологической помощи в Свердловской области и г. Екатеринбурге



разработан территориальный стандарт деятельности нефрологической службы для детей на территории Свердловской области [3]. Территориальный стандарт разработан в соответствии с имеющимися федеральными стандартами оказания медицинской помощи больным с патологией ОМС.

Структура детской нефрологической службы в Свердловской области представлена на рисунке.

В территориальном стандарте определены задачи каждого структурного подразделения службы, порядок их взаимодействия.

Для своевременного выявления заболеваний ОМС у детей составлен алгоритм пре- и постнатальной диагностики патологии для врачей первичного звена здравоохранения. Для профилактики врожденных пороков развития ОМС предложено ввести педиатра-нефролога в состав перинатального консилиума, функционирующего на базе медико-генетического центра. Врачи педиатры на основании данных скрининга должны формировать группы риска по заболеваниям ОМС и проводить в них первичную профилактику. Представлены стандарты лечения и диспансерного наблюдения участковым педиатром за больными с хроническим пиелонефритом.

Определены показания и порядок направления пациентов на консультацию к нефрологу.

Для повышения качества и доступности оказания специализированной медицинской помощи подросткам с заболеваниями почек организован прием этой категории пациентов в консультативных межрайонных кабинетах нефрологов терапевтической службы в трех управленческих округах Свердловской области: Северном (г. Краснотурьинск), Западном (г. Первоуральск), Восточном (г. Алапаевск).

Представлен перечень болезней почек, подлежащих наблюдению в кабинете окружных нефрологов Свердловской области, г. Екатеринбурга, Областной детской поликлиники (по МКБ-10), стандарт лечения и диспансерного наблюдения детей с заболеваниями почек врачом-нефрологом.

Золотым стандартом диагностики гломерулярных заболеваний почек является операция чрезкожной нефробиопсии с последующим комплексным исследованием биоптата почечной ткани. В территориальном стандарте представлены показания, противопоказания, протоколы обследования и методика проведения нефробиопсии, стандарты проведения морфологического исследования нефробиоптата.

Высокотехнологичные методы диагностики и лечение больных с патологией ОМС проводятся в специализированных нефрологических отделениях ОДКБ №1, ГКБ №9.

Для предотвращения развития и торможения прогрессирования ХПН у детей и подростков с заболеваниями почек должен проводиться комплекс ренопротективной терапии. Необходимость и целесообразность внедрения в практическую нефрологию стратегии нефропротекции доказана в результате проведения многочисленных многоцентровых международных исследований, соответствующих требованиям доказательной медицины.

Использование в практической нефрологии Свердловской области представленных алгоритмов по диагностике, лечению и динамическому наблюдению больных с нефрологической патологией на амбулаторном этапе позволит профилактировать развитие и прогрессирование ХПН у больных с патологией почек.

Литература

1. Зеленцова В. Л. Эпидемиология заболеваний почек и мочевыделительной системы у детей г. Екатеринбурга и Свердловской области. Материалы Российской научно-практической конференции «Актуальные проблемы нефрологии: инфекции мочевой системы у детей». Оренбург, 2001; 131-132.
2. Кацнельсон Б. А., Привалова Л. И., Кузьмин С. В., Хрущева Н. А., Журавлева Н. С. Связь доклинических изменений в почках у детей дошкольного возраста с содержанием кадмия и свинца в моче. Токсикологический вестник, №4 июль-август, 2006; 35-41.
3. Хрущева Н. А., Зеленцова В. Л., Бабина Р. Т., Валамина И. Е., Кацнельсон Б. А., Киреева Е. П. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи детям с хроническими заболеваниями почек (территориальный стандарт), Екатеринбург, 2007; 111 с.