

утратой трудоспособности, так и профессиональной заболеваемости.

3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности имеет среднюю степень профессиональной обусловленности по сумме всех заболеваний и высокую — по болезням костно-мышечной системы и уха.

4. Внедрение многоэтапной адресной системы медицинской реабилитации позволило снизить уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности, предупредить развитие профессиональных заболеваний и продлить профессиональную деятельность работников.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Методические подходы к оценке профессионального риска нарушений здоровья в металлургической промышленности (на примере производства титановых сплавов): пособие для врачей / сост.: О.Ф. Рослый, Л.Я. Тартаковская, Н.А. Рослая, Е.Л. Базарова, А.А. Федорук, И.С. Ошеров, И.В. Коробейникова, Т.В. Слышкина. — Екатеринбург, 2011. — 35 с.
2. Профессиональный риск для здоровья работников: Руководство. — М.: Тровант, 2003. — 448 с.
3. Рослая, Н.А. Эффективность медицинской реабилитации рабочих групп риска развития пылевой патологии / Н.А. Рослая // Медицина труда и промышленная экология. — 2007. — № 3. — с. 23—27.
4. Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ в Реестре Федеральной службы по интеллектуальной собственности № 2014612895 от 12 марта 2014 г. Программа для ЭВМ «Мониторинг состояния здоровья и профессиональных факторов риска на ПМО работающих».
5. Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки: руководство Р 2.2.1766-03. — М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004.

УДК 616.6

**Е.В. Сафина**

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

*Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

**Аннотация.** В статье приводятся данные общей и первичной заболеваемости мочеполовой системы у детей за последние 5 лет в городе Екатеринбурге и Свердловской области. Также рассмотрена роль факторов, обуславливающих раннюю реализацию патологии почек у детей.

**Ключевые слова:** заболеваемость мочеполовой системы почек, дети, эпидемиология заболеваемости почек.

**E.V. Safina**

### EPIDEMIOLOGY AND DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF GENITOURINARY SYSTEM IN CHILDREN OF THE SVERDLOVSK REGION AND THE CITY OF YEKATERINBURG

*Urals State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation*

**Abstract.** The article presents the data obtained in the comparative analysis of the general and primary morbidity of the genitourinary system in children over the past 5 years in the city of Ekaterinburg and

the Sverdlovsk region . The article also provides a general indicator of the incidence of genitourinary system in children in some regions of the Russian Federation . The article considers the role of prenatal and perinatal factors in the implementation of early kidney disease in children .

**Key words:** kidney disease urogenital system , children , epidemiology of kidney disease.

### Введение

В настоящее время проблема заболеваний почек в детском возрасте является весьма актуальной, так как в последние десятилетия регистрируется увеличение нефрологической заболеваемости среди детей [1].

Так, в регионах Российской Федерации показатель заболеваемости мочевыделительной системы варьирует от 12 до 187 на 1000 детей и в среднем составляет 73,0 на 1000 детского населения. Есть мнения, что за последние несколько десятилетий заболевания органов мочевой системы у детей носят характер пандемии. Параллельно с показателем заболеваемости мочеполовой системы у детей растет число детей-инвалидов по данным нозологиям, достигая 11% [2; 3].

### Материалы и методы

В ходе нашей работы проводился расчет простых средних величин интенсивных показателей заболеваемости за каждый интервальный период. Дополнительно с целью сравнения проводилось изучение общей заболеваемости в Свердловской области по аналогичным методикам.

### Результаты и их обсуждение

В ходе исследования данный показатель оценивался на нескольких уровнях: региональном (сравнение с другими областями) и на уровне Российской Федерации в целом (табл. 1—3). В результате проведенного нами анализа выявлено, что показатель заболеваемости органов

мочевого выделения в Свердловской области ниже (61,6%), чем по регионам и в целом по России (119,0 — 68,7 на 1000 детского населения), за исключением Чеченской Республики (27,6%). Также нами было зарегистрировано снижение темпов прироста заболеваемости в 2014 году к уровню 2013 года на 3,5%, в то время как прирост по первичной заболеваемости вырос на 0,7%.

Для изучения заболеваемости мочеполовой системы среди детского населения использованы данные показателей по городу Екатеринбург и Свердловской области за 5 лет, с 2010-го по 2014 год, а также проведено сравнение данных с показателями 1999 года (табл. 1).

Анализ статистических данных за период с 2010-го по 2014 год (табл. 1, 2) выявил, что общая заболеваемость у детей до 14 лет к 2014 г. снизилась на 3,6%, но показатель первичной заболеваемости вырос на 3,1%, а в группе детей 15—17 лет — на 6,0% и 9,6% соответственно. Данное явление свидетельствует как об увеличении регистрации патологии мочевого выделения среди детского населения, так и об истинном росте заболеваемости у подростков.

При сравнительном анализе показателей общей и первичной нефрологической заболеваемости детей города Екатеринбурга за период с 2010-го по 2014 год выявлено, что они составляют в среднем 43,7 и 90,8 на 1000 детского населения соответственно. Полученные данные свидетельствуют о том, что растет не только

Таблица 1

Общая и первичная заболеваемость детей в возрасте до 14 лет в рубрике болезни мочеполовой системы (на 1000 детей) в Свердловской области

Показатель	1999	2010	2011	2012	2013	2014	Прирост к уровню 2013 года
Общая заболеваемость	51,1	62,7	63,2	60,7	62,6	59,1	– 3,5
Первичная заболеваемость	15,6	26,9	28,3	26,8	29,3	30,0	+ 0,7

Таблица 2

**Общая и первичная заболеваемость детей в возрасте 15—17 лет в рубрике болезни мочеполовой системы (на 1000 детей) в Свердловской области**

Показатель	1999	2010	2011	2012	2013	2014	Прирост к уровню 2013 года
Общая заболеваемость	51,1	116,5	116,1	107,4	123,7	122,5	– 1,2
Первичная заболеваемость	15,6	51,1	56,9	48,4	61,0	60,7	– 0,3

Таблица 3

**Сравнительный анализ уровня ЗОМВ в Российской Федерации и в Свердловской области**

Показатель	Стандартизированные показатели заболеваемости
Российская Федерация	71,0
Республика Чувашия	119,0
Удмуртская Республика	85,3
Пермская область	76,1
Республика Башкортостан	68,7
Свердловская область	61,6
Оренбургская область	30,2
Чеченская Республика	27,6

заболеваемость органов мочеполовой системы, но и темп прироста, как общей заболеваемости (+10,8), так и первичной заболеваемости (+13,6) в данной рубрике болезней по городу Екатеринбург за последние 5 лет, что совпадает с результатами иных нефрологических школ (табл. 3—4).

Прирост заболеваемости отчасти отмечается, в том числе, в связи с расширением диагностических возможностей, что позволяет

на современном этапе проводить диагностику в более раннем возрасте. Так, например, при проведении скрининга ультразвукового исследования беременным и детям на первом месяце жизни выявляемость пороков и малых аномалий развития составляет 4,8—8,4% [4; 5].

При проведении обследования детей с патологией почек часто регистрируют проявления синдрома дисплазии соединительной ткани. Это нозологически самостоятельный синдром

Таблица 4

**Общая и первичная заболеваемость детей в возрасте 0–17 лет в рубрике болезни мочеполовой системы (на 1000 детей) в г. Екатеринбурге**

Болезни мочеполовой системы	2010	2011	2012	2013	2014	Прирост к уровню 2013 года
Общая заболеваемость	91,0	90,4	81,9	90,4	101,2	+ 10,8
Первичная заболеваемость	34,8	41,9	36,4	45,9	59,5	+13,6

полигенно-мультифакториальной природы, проявляющийся внешними фенотипическими признаками STD в сочетании с диспластическими изменениями соединительной ткани органа. При поражении мочевыделительной системы проявляется в виде атонии чашечно-лоханочной системы, удвоения почки или мочевыводящих путей, протеинурии и др. Так, например, по ряду авторов НДСТ зарегистрирован у 35% пациентов с хроническим пиелонефритом. Частое выявление признаков ДСТ у детей с заболеваниями почек (от 23 до 80%) и, наоборот, высокая частота встречаемости патологии мочевыделительной системы на фоне данного синдрома (68—80%) доказывают их взаимосвязь [6; 7].

Отдельное место в структуре заболеваний почек детского населения занимают экоассоциированные патологии, которые имеют свои особенности эпидемиологии, клинико-этиологических характеристик и течения самого заболевания. Показатель заболеваемости органов мочевой системы в экологически неблагоприятных районах страны, по данным разных авторов, колеблется в пределах 42—170—210 на 1000 [5; 8].

Дети, проживающие в экологически неблагоприятных условиях, имеют существенные отклонения в состоянии здоровья. В структуре нозологий мочевыделительной системы при экоассоциированной патологии на первом месте стоит тубулоинтерстициальный нефрит (54%), около 30% составляют дизметаболические нефропатии, нейрогенные заболевания мочевого пузыря до 8%, изолированные врожденные пороки развития мочевой системы до 8,4% [4; 5; 9].

Сравнительный анализ данных биомониторинга с фоновыми концентрациями металлов в моче, принятыми для Свердловской области, свидетельствует, что средняя концентрация металлов в моче у детей превышает ориентировочные фоновые значения по никелю в 7,6 раза, по мышьяку — в 1,3 раза, по кадмию — в 8 раз, по меди — в 3 раза, по алюминию — в 2 раза, по ванадию — в 2 раза, по марганцу — в 1,3 раза, по хрому — в 1,13 раза [5].

Одной из основных причин формирования нефропатологии является наследственная предрасположенность к нефропатиям, которая составляет около 15% ко всему числу данных нозологий, а при пиелонефритах отмечается

у 30% пациентов. Другим значимым фактором являются генетические болезни, так, например, синдром Альпорта встречается 1: 5000, а нефронофтиз — 1: 100000 и др.

Безусловно, в развитии патологии мочевыделительной системы играют факторы, воздействующие в перинатальный период. Так, рядом исследователей доказано, что гипоксия плода может иметь важное значение как в формировании ВПР мочевой системы, так и в развитии постгипоксических нефропатий в неонатальном периоде [10; 11].

В развитии заболеваемости детей важная роль отводится перинатальной инфекции, в том числе урогенитальной — около 53,3 %. Риск перинатального инфицирования составляет около 30% для гонококковой инфекции, 20—50% — для микоплазменной, 20—40% — для хламидийной, 5—50% — для герпетической инфекции и около 50% — для сифилиса. Наиболее высок риск перинатального заражения новорожденного при острой первичной инфекции. В структуре внутриутробных инфекций ведущее значение отводится TORCH-комплексу. Истинная частота врожденных инфекций до настоящего времени не установлена в силу различных обстоятельств, в том числе в результате низкой выявляемости среди взрослого населения. По данным ряда авторов, распространенность в популяции достигает около 10% [12].

В развитии заболеваемости мочевыделительной системы играют важную роль социальные факторы: отсутствие знаний будущих родителей о важности планирования беременности, обязательного последующего мониторинга беременной и новорожденного, а также о значении раннего прикладывания к груди и естественного вскармливания ребенка [13].

### Выводы

Таким образом, в результате мониторинга заболеваемости органов мочевыделительной системы детей и подростков на территории города Екатеринбурга и Свердловской области в период с 2010-го по 2014 год выявлен динамический рост общей и первичной заболеваемости органов мочевыделительной системы у детей и подростков. На рост данных показателей влияют многочисленные факторы, а именно: неблагоприятная экологическая обстановка региона; инфекции, передаваемые

половым путем; отягощенный акушерский анамнез; фоновые заболевания будущих родителей; патология беременности, приводящая к гипоксии плода. Также высокой процент выявляемости патологии мочеполовой системы связан с диагностикой при проведении скринингов новорожденных и профилактических осмотров детей и подростков.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Китаева, Ю.Ю. Эпидемиология и профилактика ХБП у детей и подростков: автореферат дис. ... канд. мед наук / Ю.Ю. Китаева. — Омск, 2010. — 24 с.
2. Иванова, И.Е. Комплексное клинико-организационное исследование патологии почек у детей на территории эколого-биогеохимического риска: автореферат дис. ... д-ра мед. наук / И.Е. Иванова. — Казань, 2011. — 47 с.
3. Панкратова, И.Б. Клинико-гемодинамические, структурно-функциональные особенности хронических заболеваний почек: автореферат дис. ... канд. мед наук / И.Б. Панкратова. — Екатеринбург, 2012. — 25 с.
4. Трефилов, А.А. Врожденные пороки и малые аномалии развития почек у детей различных биохимических регионов: автореферат дис. ... канд. мед. наук / А.А. Трефилов. — М., 2007. — 20 с.
5. Архипова, М.М. Заболевания ОМС у детей экологически неблагоприятного района крупного промышленного центра (эпидемиология, клинико-этиологическая характеристика, особенности течения и реабилитация): дис. ... канд. мед наук / М.М. Архипова. — Екатеринбург, 2005. — 244 с.
6. Калдыбекова, А.А. Особенности вторичного пиелонефрита у детей на фоне синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани: автореферат дис. ... канд. мед наук / А.А. Калдыбекова. — Екатеринбург, 2008. — 26 с.
7. Иванова, И.И. Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани / И.И. Иванова, С.Ф. Гнусаев, Н.Ю. Коваль // Достижения и перспективы: Российский сборник научных трудов с международным участием. — М., 2013. — С. 298.
8. Вялкова, А.А. Современные технологии ранней диагностики и реабилитации больных с патологией почек: Учебно-методическое пособие / А.А. Вялкова, Н.А. Хрущева, С.Н. Козлова и др. — М., 2007. — С. 3.
9. Плотникова, И.А. Комплексный подход к оценке состояния здоровья и эффективности реабилитационных мероприятий у детей, проживающих в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды: автореферат дис. ... д-ра мед. наук / И.А. Плотникова. — Екатеринбург, 2011. — 45 с.
10. Зеленцова, В.Л. Нефропатии перинатального периода, особенности течения, исходы: автореферат дис. ... д-ра мед. наук / В.Л. Зеленцова. — Екатеринбург, 2004. — 46 с.
11. Усова, О.И. Клиническая характеристика нефроурологической патологии у детей 5—7 лет, перенесших перинатальное поражение нервной системы / О.И. Усова. — Екатеринбург, 2003. — 245 с.
12. Омарова, З.М. Особенности поражения почек у детей с вирусным гепатитом: автореферат дис. ... канд. мед. наук / З.М. Омарова. — Махачкала, 2003. — 20 с.
13. Пугачева, Т.В. Социологический анализ факторов риска по развитию врожденных пороков / Т.В. Пугачева, Н.Н. Курьянова // Наука и современность. — 2010. — С. 196—200.

М.Г. Соколова

**РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА  
В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ***Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

**Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные проблемы организации паллиативной помощи incurable больным с учетом требований российского законодательства и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. Особое внимание уделено психологическим и медико-социальным аспектам осуществления сестринского ухода за пациентами и работы с их семьями.

**Ключевые слова:** incurable больные, критерии оценки качества паллиативной помощи, проблемы организации социально-медицинского ухода.

M.G. Sokolova

**NURSING ROLE IN PALLIATIVE CARE***Urals State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation*

**Abstract.** The article deals with current problems of the organization of palliative care for the incurable patients with the requirements of the Russian legislation and recommendations of the world health organization. Special attention is paid to the psychological, medical and social aspects of the implementation of nursing care for patients and work with their families.

**Keywords:** incurable patients, criteria for assessing the quality of palliative care, problems of the socio-medical care.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет паллиативную помощь как направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни incurable больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов — физических, психологических и духовных. Предоставление паллиативной помощи основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание психологической поддержки родных и близких.

Вступивший в силу с 1 января 2012 г. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] утвердил новый вид медицинской помощи — паллиативную помощь (ст. 32).

Паллиативная медицинская помощь — одно из приоритетных направлений развития системы здравоохранения в нашей стране. Особый стимул ее развитие получило в 2015 г., когда были приняты важнейшие нормативные акты, регламентирующие создание и дальнейшее развитие системы паллиативной помощи в России.

Современная паллиативная помощь включает в себя следующие аспекты:

- профилактику боли;
- контроль над симптомами;
- общий уход за пациентами;
- обучение и реабилитацию;
- психотерапевтическую помощь;
- поддержку семьи во время болезни близкого человека и после его смерти;
- научные исследования в области паллиативной медицины.