

ПЕДИАТРИЯ

Зеленцова В.Л., Макарян А.А., Архипова М.М., Мышинская О.И., Сергеева Л.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В САНАТОРИИ «ОБУХОВСКИЙ»*ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России,
ОГУП Санаторий «Обуховский»*

К настоящему времени проблема лечения заболеваний почек у детей окончательно не решена, о чем свидетельствует высокий процент хронического течения патологии. Одно из центральных мест в разработке эффективных комплексов лечения нефроурологических заболеваний занимают вопросы реабилитационной и восстановительной терапии [5]. В том числе важную роль играет терапия, направленная на устранение уродинамических нарушений и нормализацию оттока мочи, коррекцию органной гемодинамики и метаболических расстройств. В этом плане трудно переоценить роль бальнеотерапии и санаторно-курортного лечения [1, 3, 4].

Цель исследования – провести анализ эффективности санаторно-курортного лечения детей с патологией органов мочевыделительной системы.

Материалы и методы исследования

Методом случайной выборки были отобраны 154 ребенка с нефроурологической патологией, получивших комплексную восстановительную терапию в условиях местного санатория «Обуховский». В отобранной группе преобладали пациенты с хроническими вторичными пиелонефритами – 126 человек (81,8 %). Вторичность пиелонефрита была обусловлена грубыми врожденными пороками и нарушениями уродинамики (удвоения почек, гипоплазия почки, ПМЛР, гидронефроз, нефроптоз) у 30,5% детей; аномалиями строения почек (с-м Фрейли, расщепление ЧЛК) – у 7,8% детей; дизметаболическими нарушениями – у 18,2% детей; сочетанием аномалий строения почек, повышенной кристаллурии и нейрогенной дисфункции мочевого – у 6,5%. Остальные дети – 18,2% – получали лечение по поводу дизметаболической нефропатии. Средний возраст детей колебался в пределах $11,15 \pm 2,76$ лет. Соотношение мальчиков и девочек составило 1:3,81.

Объем санаторно-курортного лечения определялся в зависимости от основной и сопутствующей патологии. В основной комплекс терапии включались диета, ЛФК, прием минеральной воды «Обуховской» внутрь, теплелечение, физиопроцедуры (в зависимости от этиологии процесса: электрофорез или электродрегинг лекарственных веществ, СМТ-терапия, лазеротерапия, магнитотерапия), аппликации озокерита на поясничную область, минеральные ванны, сухие углекислые ванны, лечебный массаж, ОЛМ (одеяло лечебное многослойное).

Исследование эффективности лечения проводилось на основании анализа динамики жалоб, мониторингования состояния пациентов и клинических проявлений заболевания, в том числе мочевого синдрома и функционального состояния почек. В работе использовалась первичная документация санатория. Для изучения катамнеза у пролеченных пациентов была разработана анкета для родителей и участковых врачей, позволявшая оценить длительность и выраженность терапевтического эффекта. Результаты наблюдений обрабатывались с помощью стандартных методов вариационной статистики. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ первичной документации показал, что в 28,3% случаев на амбулаторном этапе отсутствовал предварительный отбор, и дети поступали в состоянии неполной клинко-лабораторной ремиссии, а в ряде случаев – даже в стадии обострения патологического процесса.

После санаторного лечения катамнез удалось оценить у 90 пациентов наблюдаемой группы. По катамнестическим данным, у 47,7% детей отмечено значительное улучшение и отсутствие жалоб и мочевого синдрома в течение года после восстановительного лечения в сана-

тории «Обуховский». В 26,7% случаев зарегистрировано улучшение и отмечена ремиссия в течение 3-6 месяцев. У 24,4% пролеченных наблюдалось незначительное улучшение: в этой группе пациентов в течение всего года после лечения сохранялись основные жалобы и/или мочевого синдром, при этом дети и их родители отмечали кратковременное улучшение самочувствия и работоспособности, а также уменьшение выраженности отдельных симптомов. Зарегистрирован один случай отсутствия положительной динамики у ребенка с тяжелой сочетанной патологией. На основании этих данных обследованные дети были разделены на три группы (табл. 1).

Исследования показали, что все три группы были сопоставимы по возрасту и нозологическим формам заболеваний (достоверных различий не получено). Однако третья группа детей характеризовалась ранней реализацией процесса [отмечалась достоверно большая длительность заболевания – $7,69 \pm 3,02$ года – по сравнению с длительностью заболевания у детей первой группы – $4,09 \pm 2,56$ года ($t=4,78$; $p<0,001$)].

Также были получены существенные различия по количеству сопутствующей патологии у детей первой и третьей группы. Так, в первой группе 51,2% детей имели заболевания органов желудочно-кишечного тракта, в то время как у пациентов третьей группы гастроэнтерологическая патология зарегистрирована в 77,3% случаев ($X^2=4,13$; $p<0,05$). В структуре патологии ЖКТ лидировали дискинезии желчевыводящих путей, гастродуодениты и поражения кишечника (СРК, дизбактериоз).

В этих же группах выявлены достоверные отличия поражения нервной системы: в первой группе – 39,5% и в третьей – 72,7% ($X^2=6,41$;

$p<0,02$). В структуре неврологической патологии преобладали астено-невротический синдром, синдром ВСД, гиперкинетический синдром.

Общая соматическая отягощенность (количество пораженных систем) также достоверно отличалась и составила в первой группе $2,01 \pm 1,07$, в третьей группе – $3,21 \pm 1,62$ ($t=3,24$; $p<0,002$).

Еще одним существенным отличием первой группы детей, имеющей хорошие результаты лечения, от пациентов второй и третьей группы была более низкая инфекционная заболеваемость. Так, в этой группе количество детей с высокой частотой ОРЗ (4 и более эпизодов в год) составило 34,9%, а во второй и третьей группах – 75% и 72,7% соответственно ($X^2=13,72$; $p<0,004$). Таким образом, на основании инфекционного индекса можно косвенно судить о недостаточности иммунитета у детей с невысокой эффективностью лечения. Это положение подтверждается также большим числом очагов хронической инфекции у детей третьей группы. Количество очагов хронической инфекции достоверно различалось среди детей 1 и 3 группы: $1,45 \pm 0,52$ и $2,67 \pm 1,09$ ($t=4,97$; $p<0,001$).

При анализе возможных причин непродолжительного терапевтического эффекта у пациентов третьей группы было установлено, что как раз эти дети были наименее подготовлены к санаторному лечению. В этой группе больше всего регистрировалось количество детей (17 человек – 77,3%) в фазе неполной клинико-лабораторной ремиссии к моменту начала лечения. Это обстоятельство послужило поводом для назначения в ряде случаев уросептических и антибактериальных. Тем самым были нарушены принципы преемственности ведения

Таблица 1
Эффективность санаторного лечения детей с патологией органов мочевыделительного тракта

Эффект терапии	Критерии	Абс.	%
Значительное улучшение (группа № 1)	Отсутствие жалоб и мочевого синдрома в течение 1 года	43	47,7
Улучшение (группа № 2)	Улучшение самочувствия, отсутствие жалоб и мочевого синдрома в течение 3-6 месяцев после окончания курса лечения	24	26,7
Незначительное улучшение (группа № 3)	Сохранение основного набора жалоб и мочевого синдрома через месяц после окончания курса лечения при уменьшении выраженности отдельных симптомов	22	24,4
Без улучшения	Отсутствие изменений самочувствия и/или клинико-лабораторных данных	1	1,1
Ухудшение	Ухудшение самочувствия и/или клинико-лабораторных данных	0	0

пациентов с хронической нефроурологической патологией на этапе амбулаторно-поликлинической помощи – санаторий.

Выводы

1. Высокую эффективность восстановительного лечения в условиях местного санатория «Обуховский» продемонстрировали 47,7% детей с нефроурологической патологией.
2. Определено существенное влияние ранней реализации патологического процесса, соматической отягощенности, очагов хронической инфекции, высокого инфекционного индекса на снижение эффективности санаторного лечения больных с заболеваниями органов мочевой системы [2,4].
3. Критериями риска снижения ожидаемого терапевтического эффекта является отсутствие на амбулаторно-поликлиническом уровне целенаправленного отбора пациентов, опирающегося на общие и частные показания и противопоказания к санаторно-курортному и восстановительному лечению. Возможно, эффективность терапии была бы выше, если бы сохранялся принцип этапного ведения больного с нефроурологической патологией.
4. Полученные результаты позволяют прогнозировать эффективность терапии и оптимизировать санаторно-курортное лечение в зависимости от нозологического профиля пациента.

Литература

1. Современные технологии и методики восстановительного лечения санатория «Обуховский»: Пособие для врачей-специалистов по восстановительной медицине, физиотерапии и курортологии [Текст] / А.Н. Макарян, А.Н. Андреев, П.И. Щеколдин, В.Н. Журавлев, В.И. Шилко, В.Ю. Гуляев. – Екатеринбург: УГМА, Санаторий «Обуховский», 2010. – 320 с.
2. Хрущева Н.А. Клинико-патогенетические аспекты сочетанной гастроэнтерологической и нефрологической патологии у детей [Текст] / Н.А. Хрущева, Л.Е. Сафронова, О.А. Синявская // Детская гастроэнтерология: Настоящее и будущее: Материалы VII конгресса педиатров России. Москва, 12-14 февраля, 2002 г. – М.: «Информатик», 2002. – С. 317-318.
3. Третьякова Л.Ф. Слабоминерализованная («Обуховская») вода и электрофорез уросульфана при лечении детей, больных пиелонефритом [Текст] / Л.Ф. Третьякова, Ю.В. Кочергин // Обуховские минеральные воды в науке и практике / Под. ред. А.Н. Макаряна. – Екатеринбург, 2004. – Т.1. – С. 41-45.
4. Ранняя диагностика заболеваний почек у детей. Современные технологии (Учебно-методические рекомендации) [Текст] / Н.А. Хрущева, О.А. Синявская, С.Н. Козлова, И.А. Тузанкина, Л.В. Кокарева, А.А. Щварцбейн, Н.Н. Кузнецов, Г.А. Вершинина, Л.Е. Сафронова и др. – Екатеринбург: УГМА, 2001. – 77с.
5. Игнатова М.С. Диагностика и лечение нефропатий у детей: Руководство для врачей [Текст] / М.С. Игнатова, Н.А. Коровина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 336 с.: ил.