

© Перепелкина Н. Ю., 2003

Н. Ю. Перепелкина

НЕФРОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Оренбургская государственная медицинская академия, РФ

В последние десятилетия существенно ухудшилось состояние здоровья детей России. Повсеместно регистрируется рост общей заболеваемости и инвалидности. Отмечается «хронизация» структуры заболеваемости детского населения [2].

С середины 80-х годов XX столетия обращено внимание на учащение в детской популяции заболеваний почек и мочевыводящих путей [4, 11]. Распространенность болезней органов мочеполовой системы (ОМС), по данным официальной статистики, основанной на изучении заболеваемости по обращаемости, в различных регионах страны колеблется от 18 до 48 на 1000 детского населения, в среднем составляя 33‰. При этом углубленные медицинские осмотры детей с использованием селективного клинического скрининга, выполненные в 3 этапа, в различных регионах России (Московская, Свердловская, Оренбургская области, Дагестан и др.) регистрируют общую заболеваемость болезнями ОМС от 177 до 210 на 1000 населения [5, 10, 12, 13].

По материалам И. Н. Усова [15], данные официальной статистики, основанные на изучении детской нефрологической заболеваемости по обращаемости, занижены в 3—5 и более раз. Кроме того, разница между показателями распространенности болезней почек при обследовании детей методом скрининга и при регистрации по обращаемости еще более значительная.

Среди причин детской инвалидности существенный процент занимают нефроурологические заболевания. В России распространенность болезней ОМС, обусловивших возникновение инвалидности, в 1996 г. составляла 48,7 на 100 тыс. детей в возрасте от 0 до 14 лет, а в 1997 г. достигла 58,8 на 100 тыс. [1].

В исследованиях Зелинской Д. И. [3] показано, что заболевания ОМС по России составляют 3,52% от всей детской инвалидности. Это около 14% всех соматических заболеваний, приведших к инвалидности. При этом болезни ОМС занимают третье рейтинговое место среди всей соматической патологии детей-инвалидов, уступая лишь болезням органов дыхания и эндокринной системы.

Мазур Л. И. [9] приводит следующие статистические данные: в целом по России число детей-инвалидов вследствие заболеваний почек колеблется в пределах 1,5—2—8% от всех больных с патологией ОМС. Вероятно, эти цифры не включают всех детей с нефроуропатиями, которые должны быть признаны инвалидами. По мнению В. И. Каграманова [6], при хронических заболеваниях ОМС реальное оформление инвалидности соотносится с числом нуждающихся как 1 : 4,4.

В публикациях последних лет встречаются единичные сведения по вопросам региональной распространенности детской нефрологической заболеваемости

сти и инвалидности. По мнению М. С. Игнатовой [5], эти вопросы принципиально важны для педиатрической нефрологии, так как очень многие болезни почек и ОМС имеют хроническое течение, что может уже в детском возрасте привести к почечной недостаточности.

На основании динамического (за 1996—2001 гг.) анализа государственной статистической отчетности нами установлены показатели распространенности нефрологической заболеваемости и инвалидности детей, проживающих в Оренбургском регионе.

Обращено внимание на то, что за последние годы на всей территории области наметилась тенденция к росту болезней ОМС в детской популяции (табл. 1). За период с 1996 по 2000 гг. зарегистрировано увеличение распространенности патологии ОМС на 8%. У детей, проживающих в городах Оренбургской области, этот показатель на 13,7% выше, чем в сельской местности. Также отмечен рост первичной детской заболеваемости вследствие болезней ОМС — с 16,4 до 20,0% (табл. 2).

С целью изучения детской инвалидности по причине патологии ОМС были проанализированы сведения, предоставленные Главным бюро государственной службы медико-социальной экспертизы Оренбургской области. Результаты первичного и повторного освидетельствования детей-инвалидов содержатся в табл. 3.

За прошедшие годы в целом по области распространенность детской инвалидности вследствие болезней ОМС имела колебания от 3,5 до 4,0 на 10 тыс. населения. При этом в разных городах и сельских районах Оренбуржья показатель общей инвалидности детей по причине заболеваний ОМС варьировал от 0 до 11,1 на 10 тыс. У детей-инвалидов, прожи-

Таблица 2
Первичная заболеваемость детей болезнями мочеполовой системы в Оренбургской области за 5 лет

Первичная заболеваемость, на 1000 детского населения	1996	1997	1998	1999	2000
Болезни мочеполовой системы	16,4	18,9	17,8	19,9	20,0
Гломерулярные, тубулоинтерстициальные и другие болезни почек и мочеточников	—	—	—	2,8	3,0
Почечная недостаточность	—	—	—	0	0
Мочекаменная болезнь	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

вающих в городах, этот показатель был несколько выше, чем в сельской местности.

Выявлено, что удельный вес первичной детской инвалидности вследствие болезней ОМС составлял в 1998 г. 25,2%, в 1999 г. — 42,0%, в 2000 г. — 24,4% от всех случаев инвалидности детей с патологией ОМС.

Если среди причин детской инвалидности отдельно учитывать соматические заболевания, то в Орен-

Таблица 1

Показатели распространенности болезней мочеполовой системы у детей, проживающих в Оренбургской области, в 1996—2000 гг.

Заболеваемость, на 1000 детского населения	1996	1997	1998	1999	2000
Болезни ОМС	27,8	31,8	32,4	33,7	35,8
Гломерулярные, тубулоинтерстициальные и другие болезни почек и мочеточников	—	—	—	9,3	9,9
Почечная недостаточность	—	—	—	0,1	0,1
Мочекаменная болезнь	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Таблица 3

Результаты первичного и повторного освидетельствования детей с заболеваниями мочеполовой системы в целом по Оренбургской области в 1998—2000 гг.

Годы	Число детей, признанных инвалидами				Доля болезней ОМС в структуре всех причин детской инвалидности, %
	первично	повторно	всего	на 10 тыс. населения	
1998	47	139	186	3,5	1,9
1999	45	62	107	3,7	3,2
2000	48	148	196	3,5	2,8

бургской области удельный вес болезней ОМС в 1999 г. составил 14%, в 2000 г. — 12% от всей патологии внутренних органов. При этом заболевания ОМС в структуре всех соматических болезней в 1999 г. занимали 3-е рейтинговое место, в 2000 г. — 4-е, уступая лишь болезням органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также эндокринным заболеваниям.

Статистические сведения по Оренбургскому региону незначительно отличаются от результатов исследований, проведенных в других регионах России. Так, в г. Липецк [6] у детей-инвалидов среди основных причин висцеральных, метаболических нарушений и расстройств питания преобладали болезни ОМС, занимая 2-е ранговое место. На 3-м месте были врожденные пороки развития, среди которых 3,3% составляли аномалии ОМС.

Исследованиями, проведенными Татюхиной Э. И. и др. в 1996 г. [14], установлено, что в структуре детской инвалидности вследствие заболеваний внутренних органов болезни ОМС занимают 4-е ранговое место, что согласуется с данными по Оренбургской области.

Камаев И. А и Позднякова М. А. [7] показали, что в Нижнем Новгороде за последние годы уровень детской инвалидности вырос в 1,7 раза. Причем в структуре причин общей инвалидности детей, проживающих в этом регионе, болезни ОМС занимали от 4-го до 6-го рангового места, варьируя в разные годы от 2,1% до 3,7%.

В Самарской области [9] статус инвалида вследствие нефроуропатий имеют 3% детей.

В г. Иркутск, по данным годового отчета бюро медико-социальной экспертизы, за 2000 г. 558 детей в возрасте до 14 лет были признаны инвалидами вследствие болезней ОМС, при этом показатель инвалидности составил 1,1% [8].

В Оренбургской области нами изучена возрастная структура детской инвалидности по причине заболеваний ОМС. Установлено, что мальчиков-инвалидов было больше чем девочек (табл. 4).

Эти статистические сведения сходны с результатами исследований, выполненных Зелинской Д. И. [3] и Каграмановым В. И. [6]. Хотя в Оренбургской области и в целом по России, а также в других регионах страны [4, 10—13] частота нефрологической патологии, преимущественно в виде инфекции мочевой системы, среди девочек достоверно выше, чем в популяции мальчиков.

В Оренбургском регионе зарегистрировано максимальное количество детей-инвалидов вследствие болезней ОМС в возрасте от 8 до 14 лет. Доля инвалидов данного возраста в разные годы колебалась от 43,3% до 57,0%.

Для выполнения сравнительного анализа нами изучены показатели нефрологической заболеваемости и инвалидности детей, проживающих на территории обслуживания одной из поликлиник г. Оренбург. Была выбрана городская детская поликлиника № 1, так как в ней с октября 1997 г. функционирует специализированный нефрологический кабинет.

За период с 1998 по 2001 гг. у детей, которые наблюдаются нефрологом в амбулаторно-поликлинических условиях, показатели общей заболеваемости и инвалидности по причине болезней ОМС значительно увеличились (табл. 5 и 6). Зарегистрирован рост заболеваемости на 11,1%, в то же время показатель инвалидности вырос в 1,8 раз. Следует отметить, что мы изучали распространенность только болезней почек и мочевыводящих путей, без учета заболеваний половых органов. Тогда как государственная статистическая отчетность в класс «болезни мочеполовой системы» включает патологию двух систем.

Рост нефрологической заболеваемости и инвалидности, зарегистрированный в детской поликлинике № 1 г. Оренбург, можно объяснить, с одной стороны, ухудшением состояния здоровья детей, а, с другой стороны, улучшением ранней диагностики нефропатий в амбулаторных условиях. Последнему способствовало открытие нефрологического кабинета в детской поликлинике, что позволило сделать

Таблица 4

Возрастно-половая структура инвалидности детей с заболеваниями мочеполовой системы в целом по Оренбургской области в 1998—2000 гг.

Годы	Всего	Пол		Возраст детей, годы							
		мал.	дев.	0—3		4—7		8—14		старше 15	
				абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1998	186 (100%)	101 (54,3%)	85 (45,7%)	13	4	36	30	44	48	8	9
1999	107 (100%)	62 (58,3%)	45 (41,7%)	9	8,4	25	23,3	61	57,0	12	11,2
2000	196 (100%)	103 (52,6%)	93 (47,4%)	12	6,1	33	16,8	85	43,3	66	33,6

Таблица 5

Отдельные показатели нефрологической заболеваемости детей по данным обращаемости к нефрологу поликлиники г. Оренбург

Показатели заболеваемости	1998	1999	2000	2001
Абсолютное число детей с нефрологическими заболеваниями	228	246	326	386
Абсолютное число детей с впервые установленным диагнозом	55	77	84	67
Общая нефрологическая заболеваемость, на 1000 детей	18,1	20,4	26,1	29,2
Первичная нефрологическая заболеваемость, на 1000 детей	4,4	6,4	6,7	5,1
Удельный вес первичных нефрологических заболеваний, %	24	31,3	25,7	17,3

Таблица 6

Отдельные показатели инвалидности детей вследствие заболеваний органов мочевой системы по данным детской поликлиники г. Оренбург

Показатели инвалидности	1998	1999	2000	2001
Абсолютное число детей-инвалидов с заболеваниями ОМС	8	8	12	14
Распространенность инвалидности вследствие болезней ОМС, на 10 тыс. населения	5,9	6,1	9,6	10,6
Удельный вес первичной инвалидности, %	25	25	33,3	14,2
Доля инвалидов среди всех детей с заболеваниями ОМС, %	3,5	3,2	3,6	3,6

специализированную медицинскую помощь детям с болезнями почек и мочевыводящих путей более доступной и своевременной.

В детской поликлинике № 1 г. Оренбург удельный вес больных с впервые установленным диагнозом нефроуропатии ежегодно не превышал $\frac{1}{3}$ от всех пациентов с патологией ОМС. За прошедшие 4 года доля инвалидов среди всех нефрологических больных не имела тенденции к увеличению, составляя от 3,2% до 3,5%.

Сравнительный анализ показателей детской нефрологической заболеваемости и инвалидности (без учета заболеваний половых органов), выполненный на основе данных обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения, показал, что в 2000 г. официальные сведения по России были более чем в 2 раза выше результатов государственной статистической отчетности по Оренбургской области (рис. 1 и 2). При

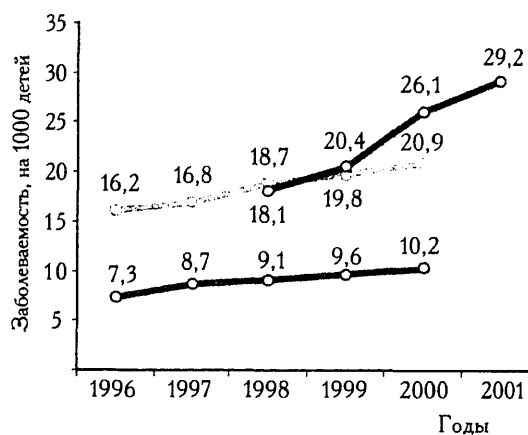


Рис. 1. Динамика нефрологической заболеваемости у детей в 1996—2001 гг. Здесь и на рис. 2: \square — Россия, \square — детская поликлиника г. Оренбург, \blacksquare — Оренбургская область.

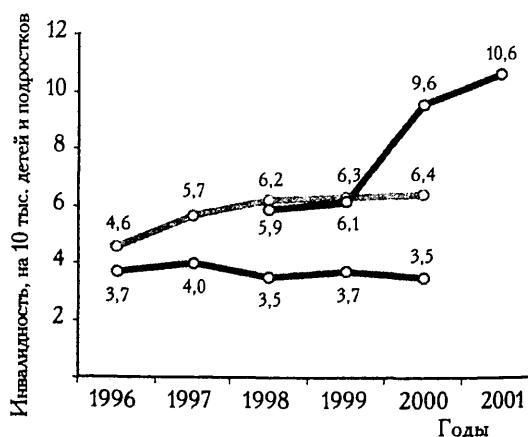


Рис. 2. Динамика уровня общей инвалидности детей и подростков по причине заболеваний ОМС в 1996—2000 гг.

этом в детской поликлинике г. Оренбург, в которой функционирует специализированный нефрологический кабинет, показатели общей заболеваемости и инвалидности по причине болезней ОМС были в 2,5 раз выше областных, почти в 2 раза выше общегородских и в 1,5 раз выше общероссийских. Это свидетельствует об улучшении диагностики заболеваний органов ОМС на амбулаторно-поликлиническом уровне, в том числе на ранних стадиях, а также при маломанифестном и латентном течении патологического процесса.

Таким образом, нефрологическая заболеваемость и инвалидность являются важными индикаторами состояния здоровья детского населения, что определяет социальную значимость данной проблемы. Выполненные исследования по изучению распространенности и возрастно-половых особенностей болезней ОМС у детей, проживающих в Оренбургской области, позволяют разрабатывать целевые программы, направленные на улучшение показателей здоровья и профилактику инвалидности в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Здоровье детей России (состояние и проблемы). — М., 1999.
2. Ваганов Н. Н. Медико-организационные проблемы охраны материнства и детства. — М., 2001.
3. Зелинская Д. И. Детская инвалидность: медико-социальное исследование: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1998. — 53 с.
4. Игнатова М. С., Вельтищев Ю. Е. Детская нефрология: Руководство для врачей. — 2-е изд. — Л., 1989.
5. Игнатова М. С. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 2000. — № 1. — С. 24—29.

6. Каграманов В. И. Комплексная оценка последствий болезней и причин инвалидности в детской популяции: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1996. — 338 с.

7. Камаев И. А., Позднякова М. А. Детская инвалидность (проблемы и пути решения). — Нижний Новгород, 1999.

8. Копылова Н. Е., Омолова Т. С., Мартынова Н. Н., Съемщикова Ю. П. // Российская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы нефрологии: инфекции мочевой системы у детей». — Оренбург, 2001. — С. 275—276.

9. Мазур Л. И. Семейный подход к профилактике репродуктивных нарушений и реабилитации девочек и девушек с воспалительными заболеваниями почек: Дисс. ... докт. мед. наук. — Самара, 2001. — 226 с.

10. Османов И. М. Клинико-патогенетические особенности и тактика лечения поражений почек у детей в экологически неблагоприятных регионах: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — 432 с.

11. Папаян А. В., Савенкова Н. Д. Клиническая нефрология детского возраста. — Санкт-Петербург, 1997.

12. Перепелкина Н. Ю. Распространенность, структура и факторы риска нефропатий у детей в условиях экологически неблагоприятного региона: Дисс. ... канд. мед. наук. — Оренбург, 1995. — 160 с.

13. Система ранней диагностики заболеваний почек в детском возрасте и особенности сочетания их с патологией органов пищеварения (учебно-методические рекомендации). / Н. А. Хрущева, О. А. Синявская, А. А. Шварцбейн, Л. В. Кокорева. — Екатеринбург, 1993. — 33 с.

14. Татюхина Э. И., Свинцов А. А., Рябоконт А. Г., Кисилева Л. Н. // 1-й Конгресс педиатров-нефрологов России. — СПб., 1996. — С. 238.

15. Усов И. Н., Яновицкая Г. Я., Самосенко Т. И. и др. // Педиатрия. — 1991. — № 12. — С. 85—86.