

© Коллектив авторов, 2007

Г.А. Маковецкая, Л.И. Мазур

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АМБУЛАТОРНОЙ НЕФРОЛОГИИ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, РФ

Что такое амбулаторная нефрология? Возможно, постановка такого вопроса звучит ортодоксально. Есть нефрология детского возраста как наука, которая появилась в 50-х годах прошлого столетия. Науку не принято делить на клиническую и амбулаторную. Все достижения клинической дисциплины должны быть использованы в их прикладном значении и в условиях стационара, поликлиники и в реабилитационных учреждениях. Именно такое понимание мы вкладываем в термин «амбулаторная нефрология», врачу первичного звена здравоохранения необходимы знания новых технологий в диагностике и лечении, которые могут быть использованы в повседневной работе при встрече с пациентом нефрологического профиля. Мы уже обращались к этой теме в своих публикациях [1, 2]. Существуют руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии под ред. А.А. Баранова [3] и другие издания. Врач первичного звена находится в центре внимания приоритетного национального проекта «Здоровье».

Нефрология как неотъемлемая часть клинической медицины успешно развивается в последние годы. Об этом свидетельствуют следующие чередой конгрессы детских нефрологов, съезды врачей-нефрологов России, симпозиумы, отечественные и международные школы по проблемам нефрологии. На собраниях нефрологического сообщества обсуждаются научные достижения в изучении причинных факторов и механизмов развития нефропатий, новых технологий в диагностике, лечении и профилактике заболеваний почек, происходит обмен мнениями, проводятся дискуссии.

В существующей системе организации специализированной нефрологической помощи детям амбулаторному этапу уделяется особое внимание. Именно в этих условиях впервые выявляются истоки заболевания, осуществляются первичная диагностика нефропатологии, диспансеризация и реабилитация детей.

Важная роль в организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса принадлежит участковому врачу-педиатру. Это связано и с тем, что большую часть своего времени ребенок с патологией почек и в том числе с хронической бо-

лезнью почек (ХБП), с хронической почечной недостаточностью (ХПН) проводит дома, в семье. Педиатр при консультативной поддержке специалиста-нефролога осуществляет наблюдение детей с нефропатологией после их выписки из стационара. В проведении диспансеризации сложился определенный трафарет. Формально определены сроки, продолжительность наблюдения, необходимый перечень контролируемых общеклинических анализов, биохимических и функциональных тестов при каждой нозологической форме. Все они изложены в современных руководствах, лекциях, методических рекомендациях [2, 4–6]. Однако не секрет, что участковому педиатру в этих рекомендациях отводится роль пассивного исполнителя, что может иметь две стороны медали. С одной стороны, рекомендации специалиста должны быть приняты к исполнению, и это будет способствовать непрерывности и преемственности в наблюдении за ребенком.

Другая сторона заключается в том, что врач первичного звена здравоохранения, являясь чистым исполнителем, недостаточно информирован в области детской нефрологии для принятия самостоятельных решений с учетом индивидуальности пациента, типологии семьи, места проживания (город, село). Применение новых технологий в лечении сложных больных с гломерулярной патологией, в частности использование селективного иммунодепрессанта – циклоспорина А (сандиммуна) имеет прямое отношение к педиатру поликлиники. Участковый врач должен организовать обеспечение ребенка этим препаратом на амбулаторном этапе лечения (путем заказа циклоспорина А по рекомендации врача-нефролога). Далее педиатр первичного звена контролирует применение циклоспорина А путем оценки общего состояния пациента, гемограммы, функций почек, сопутствующей патологии. Тенденция к повышению мочевины, креатинина в сыворотке крови у ребенка требует или снижения дозы, или отмены препарата. Окончательное решение по этому вопросу принимает нефролог.

Мы провели анкетирование родителей, имеющих ребенка с гломерулонефритом (ГН), по воп-

Таблица 1

Результаты анкетирования родителей, имеющих детей с ГН, по вопросам организации медицинской помощи на амбулаторном этапе

| Показатели | | В целом по группам опрошенных | |
|--|--|-------------------------------|--------------|
| Возраст ребенка, годы | | от 5,5 до 14 | |
| Длительность заболевания на момент анкетирования | | от 1 года 8 мес до 12 лет | |
| Посещает ли ребенок детские дошкольные учреждения при наличии заболевания? | да | 0 | |
| | нет | 100% | |
| Обучение в школе | посещает школу | 80% | |
| | обучение на дому | 20% | |
| Знакома ли родителям образовательная программа «Нефрошкола»? | да | 50% | |
| | нет | 50% | |
| Место проживания | | Город n=25 | Село n=25 |
| Кто осуществляет диспансеризацию ребенка на месте? | участковый педиатр | 70% | 90% |
| | нефролог | 30% | 0% |
| | фельдшер | 0% | 10% |
| Как осуществляется связь с нефрологом областного центра, города, района? | плановые посещения консультативной поликлиники 1–2 раза в год | 70% | 30% |
| | при плановой госпитализации 1–2 раза в год | 100% | 100% |
| | по телефону | 30% | 70% |
| С какой целью посещается участковый педиатр? | при ОРВИ или другом интеркуррентном заболевании | 100% | 100% |
| | для получения бесплатного лечения (глюкокортикоиды, цитостатики) | 100% | 100% |
| | получение больничного листа | 100% | 100% |
| | для коррекции лечения основного заболевания | 20% | 10% |
| Какие контрольные исследования проводятся на местах? | измерение АД | 80% | 50% |
| | общий анализ крови | 100% | 100% |
| | общий анализ мочи | 100% | 100% |
| | креатинин, мочевина в сыворотке крови | 50% | 40% |
| Контрольные исследования в полном объеме проводятся не реже 1 раза в год | | 10% | 10% |

росам организации медицинской специализированной помощи на местах. Нас интересовали следующие факты: кто реально осуществляет диспансеризацию нефрологических больных (участковый врач, нефролог, фельдшер); какова связь с нефрологом областного нефрологического центра, городского, районного; какие лабораторные исследования действительно проводятся и какова их

кратность для контроля за течением заболевания; с какой целью родители посещают участкового врача и некоторые другие вопросы. Результаты анкетирования представлены в табл. 1.

Анализ амбулаторного этапа организации медицинской помощи детям с ГН показал, что есть серьезные проблемы в оказании специализированной помощи нефрологом, особенно при прожи-

вании ребенка в отдаленной сельской местности. Большую часть нагрузки по диспансеризации ребенка и проведению необходимых исследований выполняет врач-педиатр. Не всегда осуществляется комплекс необходимых контролируемых исследований в полном объеме в поликлиниках, особенно в сельской местности. Тем не менее методическую и консультативную помощь врачу и пациенту оказывают специалисты-нефрологи областного (городского) центра, в том числе и по телефону. Коррекцию в патогенетической и симптоматической терапии нефрологического больного врач-педиатр практически не осуществляет. Если подойти к проблеме амбулаторного этапа наблюдения за нефрологическим больным значительно серьезнее, то именно здесь фактически реализуется «нефропротективная стратегия». Последняя интенсивно разрабатывается как в школах интернистов [7], так и педиатров-нефрологов [4, 5, 8, 9].

Нефропротективная стратегия включает немедикаментозный комплекс (лечебное питание; режимные моменты; избавление от вредных привычек, например курения, которое имеет место у многих наших подростков; контроль за массой тела, устранение необоснованных лекарств). Вторая составляющая нефропротекции – лекарственная поддержка, возможности которой доказаны в научных исследованиях. Комплекс препаратов, осуществляющих нефропротективное действие при гломерулярной патологии, включает ингибиторы АПФ и/или блокаторы рецепторов ангиотензина II.

В обзоре С.С. Пауновой [10] было отмечено, что еще с конца XX века в клиническую практику для уменьшения протеинурии, инфильтрации ткани почек воспалительными клетками и соответственно для замедления развития фиброза почечной ткани были внедрены ингибиторы АПФ и антагонисты ангиотензина I. Данные литературы и наш собственный опыт положительно оценивают применение этих препаратов с целью гипотензивного эффекта при нефрогенной гипертензии, степень выраженности которого зависит от нозологической формы, активности процесса, функционального состояния почек. Наиболее значимое гипотензивное действие отмечено нами при ГН с нефритическим синдромом. По нашим наблюдениям, терапия ингибиторами АПФ позволяла улучшить ренальную функцию у детей с преимущественным поражением гломерулярного аппарата [11]. Для улучшения функционального состояния почек ингибиторы АПФ при различных вариантах ГН применяют в возрастных дозах. Длительность курса индивидуальная – от 1 до 6 мес. Назначение препаратов в субпрессорных дозах способствует снижению нефротической протеинурии. Например, при выборе дозы ингибиторов АПФ с целью нефропротекции и воздействия на внутриклубочковую гипертензию мы назначаем минимальные дозы эналаприла 1,25–2,5 мг/сут

или другие препараты этой группы. Апробированные в эксперименте и клинике ингибиторы АПФ положительно воздействуют на гемодинамические сдвиги и на те патологические изменения, которые следуют за протеинурией и изменениями подоцитов [9].

В последние годы получили распространение и другие термины, например «метафилактика» нефропатий, «ренопротективная терапия», которые должны понимать все практикующие врачи-педиатры. Здесь уместно процитировать М.С. Игнатову и Н.А. Коровину (2007): метафилактика – предупреждение прогрессирования развития ХПН. Все способы лечения развившихся нефропатий по своей сути являются метафилактикой заболевания, то есть предупреждением рецидивов и их лечением. Однако среди нефрологических заболеваний мало таких, которые протекают циклически и заканчиваются полным выздоровлением. Не случайно педиатры-нефрологи предпочитают использовать термин «ремиссия» вместо «выздоровления», несмотря на продолжительные периоды отсутствия признаков заболевания. Ренопротекцию рассматривают как способ предупреждения прогрессирования или, по крайней мере, замедляющий развитие ХПН. Можно сказать, что эти термины равноценны. Однако небольшая разница все-таки есть. При ранней диагностике наследственных и врожденных заболеваний, являющихся основными причинами ХПН в детском возрасте, показано и раннее использование методов ренопротекции. Когда же речь идет о лечении обострений при приобретенных нефропатиях, то есть о метафилактике, то в арсенал терапевтических средств, необходимых для лечения данного заболевания, включаются и ренопротекторы.

Важной составной частью нефропротективной стратегии является, по нашим данным, обучение больного и его семьи пониманию болезни и как можно управлять ей, как научиться жить с ХВП. Этому способствуют образовательные программы, подготовленные для родителей и детей. «Нефрошкола» много лет действует в нашем нефрологическом центре. Однако, судя по опросам родителей, она еще не всем знакома. Этот пробел в образовательной программе может восполнить педиатр поликлиники, имеющий тесный контакт с семьей пациента. Необходимо научить родителей и детей старше 5 лет различать первые признаки обострения болезни; следить за весом ребенка и появлением небольших отеков; регулярно измерять артериальное давление (АД) особенно при ГН, тубулоинтерстициальном нефрите, после перенесенной острой почечной недостаточности (ОПН), при развитии ХПН. В настоящее время во многих семьях больных нефротическим синдромом (НС) проводится суточный мониторинг протеинурии путем использования тест-полосок. Опыт показывает, что остается много нереализованных

возможностей во взаимоотношении семьи и врача для предупреждения драматических ситуаций.

Наблюдение 1. Девочка 17 лет поступает в отделение реанимации с инсультом, развившимся на фоне гипертонического криза. Из анамнеза известно, что с 2,5 лет она наблюдалась у нефролога по поводу хронического тубулоинтерстициального нефрита на фоне дисплазии почек с эпизодами повышения АД. От биопсии почек, которую неоднократно предлагали провести для более четкого представления о морфологических изменениях в больном органе, родители ребенка отказывались. В домашних условиях систематического контроля АД не проводилось, гипотензивных средств постоянно не получала. Девочка уже работала, жила самостоятельно, необходимого контакта семьи и участкового врача не было.

Это наблюдение показывает, что работа с семьей больного ребенка требует индивидуального подхода для создания адекватных партнерских отношений с целью сохранения здоровья и жизни пациента.

В настоящее время произошло серьезное социальное расслоение семей. Мы специально провели анализ семей, имеющих детей раннего возраста, проживающих в Самарской области, с медико-социальных позиций. Всего было проанализировано 140 семей, причем половина из них проживала в городе (Тольятти), половина – в сельской местности. 30% семей оказались в группе медико-социального риска. В сельской местности таких семей было на 20,5% больше. В общей структуре семей медико-социального риска ведущее место занимают семьи с низким материальным и образовательным уровнем (7,8%), семьи матерей-одиночек (10%), семьи с юными матерями (5%), с родителями-алкоголиками (5%), многодетные семьи (4,3%). Все эти данные мы приводим не случайно. Как работать с семьей медико-социального риска, если в ней оказался ребенок с тяжелой почечной патологией?

Наблюдение 2. Мальчик в возрасте одного года перенес кишечную инфекцию с развитием гемолитико-уремического синдрома (ГУС) и ОПН. Ребенок выписан домой после проведения нескольких сеансов гемодиализа с остаточной протеинурией, гипертонией под наблюдением нефролога, участкового педиатра. Мать, страдающая алкоголизмом, «забывает» посещать врачей, не контролирует АД, не дает ребенку гипотензивных препаратов, что приводит к гипертоническим кризам, повторным поступлениям ребенка в реанимационное отделение областной клинической больницы. Участковый педиатр в таких условиях не смог обеспечить адекватного наблюдения за пациентом и обратился в областной центр «Семья» органов опеки. Мать была лишена материнских прав, и мальчик через областной центр усыновления был помещен в приемную семью, в которой проживает в настоящее время. Любовь и хороший уход за мальчиком, контроль и постоянный прием гипотензивных препаратов, регулярное общение с врачом-педи-

атром поликлиники, плановые госпитализации в нефрологическое отделение для оценки функции почек, коррекция лечения предупреждают прогрессирование болезни. В настоящее время мальчику 4 года. Наблюдается с диагнозом: хронический тубулоинтерстициальный нефрит как исход ГУС.

Много выводов и организационных предложений можно сделать для совершенствования амбулаторной нефрологии при проведении мониторинга этиологической структуры ХПН и детской инвалидности вследствие заболеваний органов мочевой системы (ОМС). Такой мониторинг мы проводим на своей территории многие годы. В табл. 2 и 3 представлены основные причины ХПН по Самарской области и в среднем по России [11].

Таблица 2

Причины ХПН у детей России*

| Причины ХПН | Частота, % |
|------------------------------|------------|
| Обструктивные уропатии | 43 |
| Гипоплазия (дисплазия) почек | 76 |
| Хронический ГН | 15 |
| Наследственный нефрит | 6 |
| Пиелонефрит | 6 |
| Поликистоз почек | 6 |
| ГУС | 3 |

* По данным [12].

Таблица 3

Причины ХПН у детей и подростков по данным областного детского нефрологического центра г. Самары

| Патология | Частота, % |
|---|------------|
| Врожденные пороки развития ОМС | 60,7 |
| Поликистоз почек | 9,1 |
| Хронический тубулоинтерстициальный нефрит как исход ГУС | 12,7 |
| Хронический ГН | 12,1 |
| Амилоидоз | 3 |
| Хронический вторичный пиелонефрит | 3 |
| Итого | 100 |

Индивидуальный анализ показывает нереализованные возможности врача-педиатра по своевременной консультации ребенка у специалиста еще у истоков заболевания, приведшего к развитию ХПН.

Наблюдение 3. Девочка О., 12 лет 11 мес. Родилась от II беременности и II родов, масса тела при рождении 3900 г. В возрасте до 1 года росла и развивалась нормально. После года стали наблюдаться подъемы темпе-

ратуры тела, развилась анемия, СОЭ периодически до 60 мм/ч. Однако полное уронефрологическое обследование было проведено лишь в возрасте 6 лет. Обнаружены двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) III–IV степени, гидронефротическая трансформация справа. Проведена нефрэктомия справа, позже в 8 лет – антирефлюксная операция. Однако постепенно сформировались клинико-лабораторные признаки ХПН на фоне единственной почки, артериальная гипертензия, рефлюкс-нефропатия.

Следует отметить, что очень поздно проведено специализированное уронефрологическое обследование, обнаружившее врожденный порок развития (ВПР) ОМС. Педиатру следовало предположить наличие врожденной аномалии ОМС в более ранние сроки, когда появились эпизоды немотивированных подъемов температуры тела. Для нашей страны актуальна задача по организации мероприятий для раннего выявления начальных стадий ХБП и широкому внедрению в практику здравоохранения современной нефропротекции. Это связано с неудовлетворительной обеспеченностью во многих регионах России всех нуждающихся больных с ХПН в заместительной почечной терапии [13].

Мониторинг структуры ХПН привел к необходимости иметь план действий врача-педиатра по раннему выявлению патологии, приводящей к развитию ХПН у детей.

Действия врача-педиатра по выявлению патологии почек, приводящей к раннему формированию ХПН

(согласно нашим представлениям и по нормативным документам МЗ и СР РФ):

- проведение УЗИ всем беременным женщинам в декретированные сроки для диагностики ВПР ОМС, проведение перинатального консилиума для решения вопроса об элиминации плода в связи с тяжестью порока. Однако решение о сохранении беременности принимает женщина. По нашим наблюдениям [14], процент беременных женщин, нуждающихся в консультации уролога в связи с патологией плода, увеличивается с каждым годом (1999 г. – 17%, 2003 г. – 51,2%);

- проведение УЗИ брюшной полости всем детям первого месяца жизни для выявления ВПР почек и совместного ведения ребенка педиатром, урологом, нефрологом (приказ МЗ и СР РФ № 307 от 20.04.2007 «О стандарте диспансерного наблюдения детей первого года»). В условиях Самарской области аналогичный приказ («О совершенствовании нефрологической помощи детям Самарской области») на уровне областного отдела здравоохранения действует с 1999 г., что позволило улучшить раннюю диагностику врожденной и наследственной патологии почек;

- контроль за АД, относительной плотностью мочи, протеинурией у всех детей, перенесших ГУС, ОПН, а также геморрагическую лихорадку с

почечным синдромом – не реже 1 раза в квартал. Сохраняющиеся микропротеинурия, гипостенурия, эпизоды повышения АД требуют полноценного исследования почечных функций в специализированном отделении и включения в регистр угрожаемых по ХПН;

- дети с деформациями костного скелета, развившимися после года, нуждаются в проведении обзорной рентгенографии почек с помощью которой выявляются признаки нефрокальциноза и нефролитиаза, характер процесса (односторонний, двусторонний) [15]. Кроме того, при рахитоподобном синдроме выявляются рентгенологические признаки рахита, помогающие уточнить активность процесса (остеопороз и смазанность ростовых зон в дистальных метафизах костей предплечья, истончения кортикального слоя кости; в дистальных отделах бедренных костей и проксимальных отделах большеберцовых костей можно видеть линейные поперечные уплотнения, обусловленные обострением рахитического процесса). Проведение УЗИ брюшной полости детям с деформациями костного скелета необходимо не только для исключения нефрокальциноза, но и для выявления других диагностически значимых признаков нефропатии (изменения эхогенности паренхимы, нарушения дифференцировки коркового и мозгового слоев почки и др.);

- для повышения роли врача первичного звена здравоохранения в раннем выявлении больных с ХПН и в связи с развитием заместительной почечной терапии в Самарской области детские нефрологи совместно со специалистами, осуществляющими помощь взрослому населению с нефропатологией, разработали «Концепцию развития заместительной почечной терапии и нефрологии в Самарской области на 2007–2009 гг.». В документе предусмотрено повышение грамотности участковых врачей и врачей общей практики в вопросах нефрологии и заместительной почечной терапии. Отработаны стандарты поликлинического обследования пациентов, имеющих индикаторы нефрологической настороженности в отношении ХПН (нефрологический анамнез, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.); создан единый областной регистр больных с ХПН, обеспечивающий активную диспансеризацию больных и другие мероприятия.

Очень важно понимать, что в современных условиях социальные изменения происходят и в моделях медицины, в том числе касающиеся и амбулаторно-поликлинической службы. Анализируя современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины, А.В. Решетников [16] подчеркивает, что произошло смещение акцента в категорийном ряду наших представлений. Это касается переноса акцента с болезни на здоровье; с острого заболевания на хроническое; с лечения на профилактику; с пациента на лич-

ность; с терапии на уход; с медицинского учреждения на общество.

Применительно к теме нашего сообщения это означает, что участковому педиатру приходится чаще встречаться с хроническим больным и проводить профилактику прогрессирования болезни, использовать системный подход к оценке личности пациента.

Таким образом, актуальность амбулаторной помощи нефрологическим больным с участием в этом процессе врача-педиатра определяется следующими аргументами:

- достижения клинической нефрологии, которые должны быть хорошо известны поликлиническому врачу для осуществления преемственности в лечении и реабилитации детей, в организации нефропротективной политики;

- необходимость развития у педиатров нефрологической настороженности. Это означает внимательное отношение ко всем даже минимальным изменениям со стороны почек – изолированной протеинурии, микрогематурии, лейкоцитурии, кристаллурии. Самым трудным для диагностики, с нашей точки зрения, и является изолированный мочевого синдром, который нередко возникает на фоне ОРВИ, гриппа, кори, аденовирусной, энтеровирусной инфекции, а также бактериальной инфекции (ангина, лимфаденит). Мочевого синдром может быть выявлен случайно при оформлении ребенка в детские дошкольно-школьные учреждения, при проведении диспансеризации. В этом случае алгоритм действия врача должен быть следующим: повторить анализ мочи, собранный соответствующим образом, чтобы убедиться в стабильности изменений; сделать посев мочи, общий анализ крови; измерить АД; провести УЗИ органов брюшной полости. Тщательно изучить анамнестические данные, в том числе и семейный анамнез. Изменения могут носить транзиторный характер или быть проявлением скрытой патологии почек – ГН, интерстициального нефрита, поликистоза или гидронефроза почек, рефлюкс-нефропатии, опухоли почек, инфекции мочевых путей, наследственной патологии (наследственный нефрит). При стабильности мочевого синдрома даже при отсутствии экстраренальных признаков заболевания обследование ребенка по уронефрологическому плану необходимо продолжить в стационаре. Развитие отечного синдрома в сочетании с протеинурией, гематурией требует срочной госпитализации. Врачу-педиатру следует более активно выявлять изменения мочевого осадка после перенесенных вирусно-бактериальных инфекций, при наличии субфебрилитета, немотивированных подъемов температуры тела, боли в животе. Дети с уже выявленной патологией почек (кистозная болезнь почек, ПМР, обменная нефропатия) нуждаются в регулярном наблюдении педиатра с целью выявления протеинурии, микрогематурии. Для диаг-

ностики начальных признаков прогрессирования заболевания почек необходимо чаще измерять АД на дому, при профилактических осмотрах и по возможности проводить суточное мониторирование АД (для определения нарушений циркадного ритма АД, когда биохимические показатели крови еще не изменены). Больше внимания следует уделить гемограмме, по показателям которой можно рано выявить анемию, нередко развивающуюся при ХБП;

- смещение акцентов в категорийном ряду представлений в медицине – с болезни на здоровье, с острого заболевания на хроническое, с пациента на личность. Это означает, что врач первичного звена здравоохранения все чаще встречается с ХБП, что требует нового подхода к профилактике прогрессирования и развития ХПН. Врач-педиатр в современных условиях должен хорошо ориентироваться в методах реабилитации почечных больных, в использовании немедикаментозных средств;

- изменение типологии семьи. Работа врача по сохранению здоровья ребенка, обеспечению его прав как гражданина усложняется в семьях медико-социального риска. Врач первичного звена здравоохранения в нынешних условиях больше сотрудничает с социальными структурами, например с центрами «Семья» (типа социальных поликлиник, имеющих в ряде территорий, с органами опеки и попечительства). Педиатр первичного звена здравоохранения – центральная фигура в организации медицинской помощи и профилактической работы в семье, поэтому необходимо внедрение в работу поликлиник обучающей программы для детей с патологией почек и их родителей (адаптированные варианты «Нефрошколы»);

- в сложившейся системе специализированной нефрологической помощи ощущается дефицит специалистов-нефрологов, имеющих сертификат педиатра-нефролога. Поэтому необходимо использовать все формы обучения врача общей практики основам детской нефрологии – семинары, циклы усовершенствования для врачей-педиатров по наиболее значимым вопросам нефрологии;

- для улучшения амбулаторной помощи пациентам необходим концептуальный подход с учетом региональных особенностей в распространенности болезней почек, детской инвалидности вследствие заболеваний ОМС, развития заместительной почечной терапии.

В настоящее время более жесткими стали критерии перевода ребенка на инвалидность. Например, ребенок с единственной почкой, которая сохраняет нормальные функциональные способности, не может быть переведен на инвалидность. Системный подход необходим для обоснования нарушения функции почек. Это необходимо учитывать, прежде чем направить ребенка на медико-социальную экспертизу, для того чтобы избежать

ненужных конфликтов в семье и во взаимоотношениях с лечащим врачом.

Среди всех заболеваний почек преобладающими практически во всех регионах являются микробно-воспалительные болезни, в частности пиелонефрит. После верификации диагноза многие пациенты лечатся амбулаторно и в период обострения и тем более при проведении противоречивого лечения. И поскольку врач-педиатр берет ответственность на себя, то ему следует помнить, что неправильный подбор антибактериальных препаратов при отсутствии чувствительности к ним микроорганизмов не принесет ожидаемого эффекта. Необходимо учитывать состояние кишечника, его моторику, наличие дисбактериоза. Очень важно учитывать фон, на котором развилась инфекция мочевых путей, например ПМР.

Сочетанная патология является одной из проблем в лечении хронических заболеваний вообще и ХБП в частности. При этом заболевания могут относиться к различным системам организма, например патология почек и поражение органов пищеварения, рецидивирующая инфекция мочевой системы (ИМС) и хронические инфекции ЛОР-органов; поражение различных органов внутри одной системы (пиелонефрит, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – НДМП и др.). В связи с сочетанной патологией при выборе лекарств рекомендуется предпочтение отдать тому препарату, который имеет более широкий спектр действий.

Например, при рецидивирующей ИМС в сочетании с НДМП и дисфункцией билиарного тракта (дискинезией желчевыводящих путей) можно использовать растительные препараты поочередно и одновременно хофитол (цитопротектор с желчегонным и гепатотропным действием), канефрон (для лечения ИМС и профилактики уролитиаза).

Трудно переоценить вклад педиатра первичного звена здравоохранения в своевременном направлении родителей на консультацию генетика, если в семье уже имеются заболевания почек или другие болезни, при которых возможно участие и ОМС. Эти данные неоднократно суммировались в публикациях М.С. Игнатовой. Исходя из своего опыта, консультация генетика необходима в первую очередь в семьях, где уже был врожденный НС, наблюдался поликистоз почек, гематурия у нескольких членов семьи; имеет место резистентный вариант НС и др.

В заключение следует подчеркнуть, что в системе охраны материнства и детства первичная медико-санитарная помощь изначально занимала важное место. В поликлиниках увеличивается объем мероприятий по медицинской профилактике. Происходит перенос части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный. Ведущая координирующая роль педиатра в организации непрерывного медицинского наблюдения за ребенком с нефропатологией повышает престиж и профессионализм врача поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маковецкая Г.А., Ситникова В.П.* Амбулаторная нефрология. Учебное пособие для студентов. Куйбышев, 1988.
2. *Маковецкая Г.А., Русакова Н.В., Мазур Л.И., Гасилина Е.С.* Амбулаторная нефрология. Учебное пособие для студентов, врачей первичного звена здравоохранения. Самара, 2005.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
4. Соматические болезни у детей. Руководство для врачей. Под ред. М.С. Игнатовой. М., Оренбург: Издательско-полиграфический комплекс «Южный Урал», 2002.
5. Практическое руководство по детским болезням. Под ред. В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева. Том 6. Под ред. В.А. Таболина. М., 2005.
6. Лекции по педиатрии. Том 6. Под ред. В.Ф. Демина, С.О. Ключникова, Ф.И. Русака, И.М. Османова. М., 2006.
7. Клинические разборы. Под ред. Н.А. Мухина. М., 2005.
8. *Маковецкая Г.А., Русакова Н.В., Гасилина Е.С., Козлова Т.В.* Клинико-патогенетические подходы к профилактике прогрессирования нефропатий у детей. Самара, 2003.
9. *Игнатова М.С., Коровина Н.А.* Диагностика и лечение нефропатий у детей. Руководство для врачей. М., 2007.
10. *Паунова С.С.* Ангиотензин II – современное представ-

ление о патогенезе нефросклероза (обзор литературы). Нефрология и диализ. 2003; 5 (4): 353–356.

11. *Маковецкая Г.А., Гасилина Е.С., Журнов В.А.* Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и их применение в детской нефрологической практике. Самара, 2002.

12. *Молчанова Е.А., Валов А.Л.* Результаты формирования регистра хронической почечной недостаточности у детей. Нефрология и диализ. 2004; 6 (1): 220–225.

13. *Бикбов Б.Т., Томилина Н.А.* Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2005 гг. Нефрология и диализ. 2007; 9 (1): 9–16.

14. *Данилова З.Б., Маковецкая Г.А.* Пре- и постнатальная диагностика критериев ведения новорожденных с патологией мочевых путей. III Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М., 2004: 553–554.

15. *Длин В.В., Османов И.М., Юрьева Э.А. и др.* Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей. М., 2005.

16. *Решетников А.В.* Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины. Социология медицины. 2006; 4: 3–9.