

УДК 616.61-008.+616-053 (575.2) (04)

СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

М.И. Исаева – канд. мед. наук,

Н.А. Бейшебаева – канд. мед. наук,

М.В. Краснощекова, А.Т. Тулеева – клинические ординаторы,
Национальный центр педиатрии и детской хирургии

The problem of development, duration, treatment chronic renal failure is actual today. At the present time we don't have information about prevalence of chronic renal failure in children of Kyrgyzstan.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – симптомокомплекс, вызванный необратимой гибелью нефронов, вследствие многих первичных или вторичных хронических заболеваний почек. Частота ХПН колеблется в различных странах в пределах 100–600 на 1 млн. взрослого населения. Частоту развития ХПН в детском возрасте трудно определить, и тем не менее, несмотря на неоднородность данных в разных странах и в различные годы, можно предположить, что ежегодно по крайней мере от 4 до 6 детей на 1 млн. детского населения до 15 лет нуждаются в почечно-заместительной терапии (ПЗТ) [EDTA, Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е., 1989; Папаян А.В., Савенкова И.О., 1997]. С возрастом частота развития ХПН у детей увеличивается. В возрастной группе от 0 до 5 лет она составляет 1,6, у детей от 5 до 10 лет – 4,0, от 10 до 16 лет – 8,1 на 1 млн. детского населения. По данным US Renal Data Systems, частота развития терминальной стадии ХПН у детей до 19 лет составляет 11 на 1 млн населения США в год, причем чаще встречается в возрасте от 15 до 19 лет [1–4].

Почечно-заместительная терапия связана со значительными материальными затратами, и поэтому сегодня уровень этих медицинских технологий считается одним из показателей развития медицины в государстве.

Целью настоящего исследования явилось изучение вопроса о хронической почечной недостаточности по данным Национального центра педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ).

Материалы и методы исследования.

В работе использовали:

1. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов, лечившихся в 2000–2004 гг. в отделениях нефрологии реанимации НЦП и ДХ.
2. Динамическое наблюдение больных с ХПН, госпитализированных в отделение нефрологии НЦП и ДХ за 2005 г.

Результаты исследования и их обсуждение. До настоящего момента отсутствуют данные о распространенности хронической почечной недостаточности у детей в Кыргызстане, что объясняется отсутствием регистра по ХПН. По результатам наших исследований, всего у 2,4% больных из 1130 была выявлена ХПН (табл. 1). Малый процент, видимо, связан с тем, что при изучении распространенности ХПН учитывались больные, госпитализированные в отделение нефрологии и реанимации НЦП и ДХ.

По данным EDTA, среди заболеваний почек, приведших к ХПН у детей в 1987–1991 гг. в Европе, наибольшее число составили обструктивные уропатии; на долю почечной

гипоплазии, дисплазии и пиелонефрита приходится 36%. Далее следуют гломерулопатии – 26%, фокально-сегментарный гломерулосклероз с нефротическим синдромом – 9,4%. Наследственные нефропатии (поликистоз почек, нефронофтиз, цистиноз и причины развития ХПН) составили 17,3 %, гломерулосклероз – 4,5% [3]. По нашим наблюдениям, самой частой причиной ХПН является гломерулонефрит (ГН) – 44,4%, второй по частоте (29,6%) – хронический пиелонефрит, с одинаковой частотой (11,1%) встречались больные с наследственным нефритом и вторичным гломерулонефритом, больные с неспецифическим аортоартериитом были в меньшинстве (3,7%) (рис. 1).

Темпы прогрессирования ХПН прямо пропорциональны скорости склерозирования почечной паренхимы и во многом определяются этиологией и активностью нефропатии (табл. 1). Наиболее высоки темпы прогрессирования при вторичных гломерулонефритах: активном волчаночном нефрите (5,0% из общего числа больных с СКВ), первичном гломерулонефрите (3,5% из 318 больных). Зафиксировано 30,0% больных с наследственным нефритом. Значительно реже наблюдается раз-

витие ХПН при хроническом пиелонефрите (1,2% из 680 больных).

Среди больных с ХПН преобладали девочки (62,7%) над мальчиками (37,3%) как в группе больных с вторичным гломерулонефритом, так и вторичным пиелонефритом (рис. 2). Мальчики преобладали в группе больных с наследственным нефритом.

Возрастной состав детей с ХПН разнообразен, но при ретроспективном анализе нами выявлено, что наибольшее распространение ХПН получило у детей старше 10 лет во всех нозологических формах. Например, у детей от 4 до 10 лет – 18,5%, от 10 до 17 лет – 81,5% (табл. 2). В возрастной группе от 0 до 3 лет больных с ХПН не было. По данным US Renal Data Systems, частота развития терминальной стадии ХПН у детей до 19 лет составляет 11 на 1 млн. населения США в год, причем чаще встречается в возрасте от 15 до 19 лет.

Региональная характеристика больных с ХПН отличалась преобладанием больных из низкогорья (Чуйской области – 55,6%) (рис. 3). Регистрация больных ХПН в отдаленных регионах занижена с связи с плохой выявляемостью этих больных и отсутствием специализированных кадров.

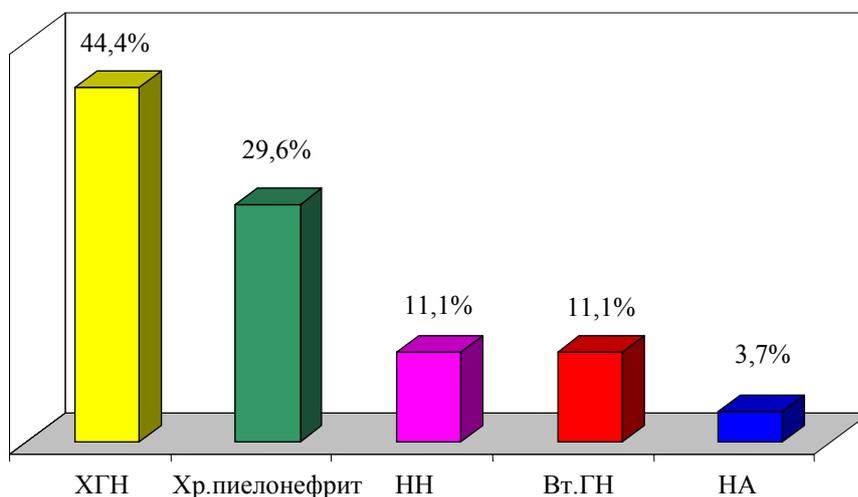


Рис. 1. Структура ХПН: ХГН – хронический гломерулонефрит; НН – наследственный нефрит; Вт.ГН – вторичный гломерулонефрит; НА – неспецифический аортоартериит.

Таблица 1

Причина развития хронической почечной недостаточности у детей Кыргызской Республики

Показатель			ХПН	
	абс	%	абс	%
Первичный гломерулонефрит	318	28,1	11	3,5±1,1
Вторичный гломерулонефрит	КПГН	101	2	2,0±1,3
	Люпус-нефрит	20	1	5,0±4,8
Хронический пиелонефрит	680	60,2	8	1,2±0,4
Неспецифический аортоартериит	1	0,1	1	100
Наследственный нефрит	10	0,9	4	30,0±14,4
Всего	1130	100	27	2,4±0,5

Примечание: КПГН – капилляротоксический нефрит.

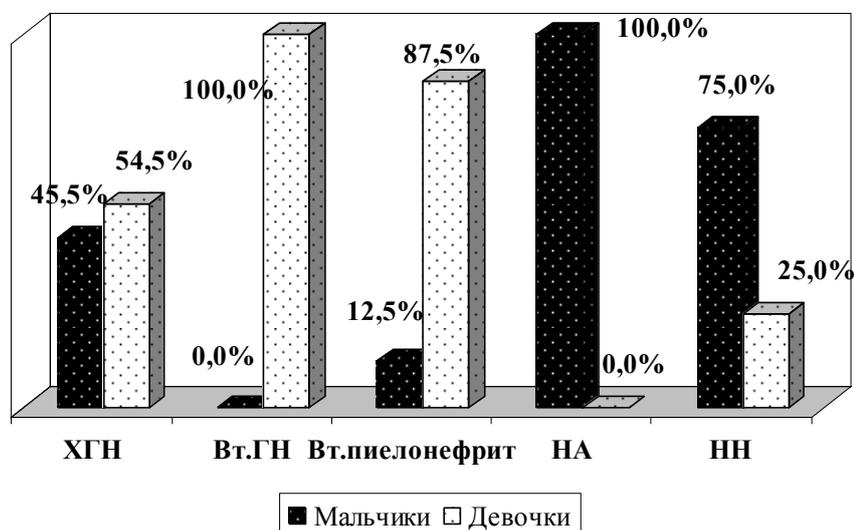


Рис. 2. Характеристика ХПН по половому признаку.

Таблица 2

Характеристика хронической почечной недостаточности по полу и возрасту

Показатель	Пол				Возраст			
	м		ж		4–9 лет		10–17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический гломерулонефрит	5	45,5	6	54,5	1	10,0	9	90,0
Вторичный гломерулонефрит	–	–	3	100,0	1	25,0	3	75,0
Хр. пиелонефрит	1	12,5	7	87,5	3	37,5	5	62,5
Неспецифический аортоартериит	1	100,0	–	–	–	–	1	100,0
Наследственный нефрит	3	75,0	1	25,0	–	–	4	
Всего:	10	37,3	17	62,7	5	18,5	22	81,5

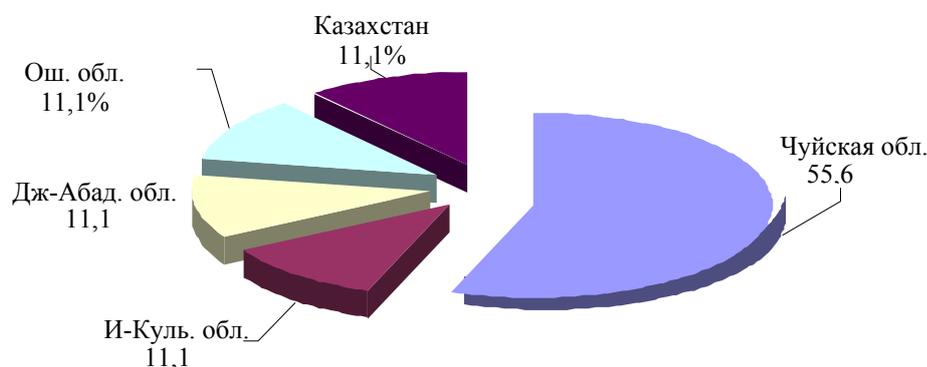


Рис. 3. Распределение ХПН по регионам.

У 15 из 27 детей (55,5%) терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ТХПН) была впервые выявлена в нашей клинике, что подтверждает отсутствие должного контроля за этой патологией в поликлиниках регионов.

Высокая летальность (81,5% – 22 больных), прежде всего, связана с поздней диагностикой заболеваний, явившихся причиной ХПН и отсутствием заместительной терапии у этой категории больных.

Таким образом, по результатам наших наблюдений, проблема ХПН у детей является актуальной, для профилактики ХПН у детей, на наш взгляд, необходимо:

- своевременное выявление нефро- и урологических заболеваний, с проведением нефропротективной терапии по единому протоколу;
- диспансерное наблюдение за детьми, регулярный контроль за состоянием функций почек;

- образование детского центра хронического диализа в Кыргызстане.

Литература

1. *Зверев Д.В.* Хроническая почечная недостаточность у детей // Нефрология: Руководство для врачей / Под ред. И.Е. Тареевой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – С. 596-657.
2. *Obrador G.T., Pereira B.J.G.* Early referral to the nephrologists and timely initiation of renal replacement therapy: A paradigm shift in the management of patients with chronic renal failure // *Kidney Dis.* – 1998. – V. 31. – P. 398-417.
3. *Jungers P.* Screening for renal insufficiency: is it worth while? Is it feasible? // *Nephrol. Dial Transplant.* – 1999. – Vol. 14. – №9. – P. 2082-2084.
4. *Калиев Р.Р., Миррахимов Э.М и др.* Показатели распространенности хронической почечной недостаточности и организации службы гемодиализа в Киргизии // *Центральноазиат. мед. ж.* – 2000. – Т. VI. – Приложение 3. – С. 223-229.