

Исследование функционального почечного резерва у детей с врожденной единственной почкой

Д.Г. Пеньков, Н.Д. Савенкова, И.В. Находкина
г. Санкт-Петербург

Актуальность проблемы функционального состояния единственной почки у детей при врожденном отсутствии вследствие различных причин обусловлена оценкой механизмов компенсации, которые можно зарегистрировать только при повышенной функциональной нагрузке. В связи с этим возникает необходимость исследования функционального резерва как меры запасной мощности единственной почки в детском возрасте.

Цель. Исследовать функциональный почечный резерв (ФПР) у детей с единственной почкой вследствие аплазии контралатеральной, не имеющих нефроурологической патологии и артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Обследованы 22 ребенка (от 8 до 16 лет) с единственной здоровой почкой вследствие аплазии контралатеральной. Использовали метод J.P. Bosch (1983) в модификации В.А. Жука (1998) – острая проба с нагрузкой белком из расчета 1,5 г на кг массы тела. В качестве белкового материала использовали отварную несоленую говядину 5 г/кг. Определялась ско-

рость клубочковой фильтрации (СКФ) по пробе Реберга до и после потребления отварной говядины через 3 часа. Увеличение СКФ на 5% от базального уровня и более указывает на сохраненную резервную способность почки отвечать на повышенную нагрузку, менее 5% истощение резервной способности. Определяли экскрецию альбумина с мочой в суточном объеме и после стимуляции белком методом конкурентного ингибирования ELISA.

Результаты. Исходный уровень скорости клубочковой фильтрации $100,3 \pm 5,6$ мл/мин, после нагрузки за три часа $221,3 \pm 21,0$ мл/мин. Величина функционального почечного резерва составила $128,2 \pm 23,7\%$. Микроальбуминурия, определяемая в суточной моче до нагрузки, достигала $1,64 \pm 0,82$ мкг/ч, после нагрузки – $2,70 \pm 0,93$ мкг/ч.

Выводы. У детей с единственной здоровой почкой вследствие аплазии контралатеральной выявлен сохраненный ФПР, т. е. запасная способность почки отвечать на повышенную нагрузку белком резервами фильтрации достаточная.

Пиелонефрит у девочек-подростков

Л.Ю. Попова, А.А. Вялкова, И.И. Саломатина, Л.Н. Свистуненко,
Н.П. Малеева, М.В. Жогова, Е.П. Кулагина
г. Оренбург

Увеличение пиелонефрита среди девочек, а в последующем – женщин, в значительной степени связано не только с особенностями анатомического строения мочевых путей, но и с состоянием гормонального профиля лиц женского пола (Пытель Ю.А., Золотарев И.М., 1981; Папаян А.В., 1990). Существует мнение о необходимости выделения особой формы пиелонефрита – пиелонефрита девочек (Тиктинский О.Л., 1982). Доказана роль эстрогенов в активизации бактериального воспаления почек. Однако остается малоизученной проблема ранней диагностики микробно-воспалительных заболеваний почек у девочек в пубертатный период.

Целью работы явилась разработка критериев ранней диагностики пиелонефрита у девочек-подростков. Нами обследовано 120 девочек пубертатного возраста с хроническим пиелонефритом и 100 девочек-подростков группы сравнения без признаков инфекции мочевой системы.

Всем обследуемым детям проведен комплекс клинико-лабораторного обследования с изучением гормонального профиля, включающего определение гормонов гипофиза (фолликулостимулирующего, лютеинизирующего, пролактина), яичников (эстрадиола, прогестерона), надпочечников (кортизола) в сыворотке крови иммунометрическим методом.

Клинические проявления пиелонефрита у девочек пубертатного возраста характеризовались часто рецидивирующим течением заболевания.

Экстраренальные симптомы встречались редко (18%) и проявлялись абдоминальным синдромом (66%), симптомами интоксикации (23%). У всех девочек-подростков выявлена сочетанность пиелонефрита с нейровегетативной дисфункцией, дискинезиями кишечника, вегетодистонией, хронической гастродуоденальной патологией.

Выявлены отклонения в репродуктивной системе девочек с хроническим пиелонефритом. Поздний срок установления менархе определен у 47% девочек, в группе сравнения – у 4% подростков ($p < 0,001$). Аномалии менструации отмечались у 47% детей с хроническим пиелонефритом.

Определены особенности гормонального статуса у девочек-подростков с пиелонефритом. Установлено достоверное повышение прогестерона, кортизола, гипоэстрогенемия ($p < 0,05$) у девочек с пиелонефритом при сопоставлении с гормонограммами детей группы сравнения.

Разработана таблица дополнительных критериев диагностики пиелонефрита у девочек-подростков на основании оценки информативности комплекса анамнестических, клинико-лабораторных данных и

гормонометрических показателей с использованием меры Кульбака.

Таким образом, имеются особенности клинических проявлений пиелонефрита в подростковом периоде, возможно связанные с наличием гормонального дис-

баланса, требующего определенной терапевтической коррекции и обязательного наблюдения врачом-гинекологом.

Комплексная этапная реабилитация детей с хроническим пиелонефритом

**Е.М. Резцова, А.В. Папаян, Т.А. Кремринг
г. Киров**

Микробно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы у детей, занимая в последние десятилетия первое место, заставляют искать новые, более эффективные пути восстановительной терапии детей, страдающих хронической инфекцией МВП. Применение только медицинской реабилитации, не учитывающей психологической коррекции, лечебной педагогики, семейной психотерапии, не всегда приносит позитивные результаты.

Под нашим наблюдением находилось 75 детей с хроническим пиелонефритом. Реабилитационные мероприятия начинались в условиях стационара и включали в себя, кроме ведущей медикаментозной терапии, кинезитерапию, физиотерапию, фитолечение, лечебную педагогику. 86,7% детей прошли полную комплексную реабилитацию с составлением реабилитационной программы на всех этапах восстановительной терапии и оценкой эффективности проведения мероприятий. После стационарного либо амбулаторного (в 15 случаях) лечения острого периода дети поступали на амбулаторно-поликлинический этап реабилитации, который проходил в основном (80%) в условиях детской поликлиники либо (20%) в местном санатории, где исключалась дополнительная нагрузка по адаптации к климатическим условиям.

Все дети находились под наблюдением нефролога, проходя комплексную оценку состояния здоровья не реже 2 раз в месяц (по показаниям чаще), были осмотрены ЛОР-врачом и стоматологом и проведена терапевтическая санация хронических очагов инфекции, офтальмологом, часть детей осмотрена гинекологом и урологом. У значительного процента детей (83%) были выявлены жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, которые чаще затрагивали гепатобилиарную систему и кишечник, коррелирующие с высевом *E. coli*. В систему реабилитации были включены ферменты, эубиотики, желчегонные травы, препараты, улучшающие пристеночное пищеварение, мембраностабилизаторы. В 26,6% пролечен выявленный дисбактериоз.

На втором этапе реабилитации все дети получали поддерживающую терапию препаратами фурадонинового ряда от 1 до 3 месяцев в зависимости от тяжести поражения и устойчивости микроорганизмов, витаминотерапию, фитотерапию, в которую, кроме

общеизвестных сборов, были включены расторопша пятнистая, морозник пурпурный. Проводилась кинезитерапия методом ЛФК, дыхательная гимнастика по Стрельниковой. Учитывая длительно сохраняющиеся изменения иммунитета (особенно клеточного звена) и частые респираторные заболевания в этой когорте детей, всем назначалась индивидуальная иммунокорректирующая терапия тимогеном, дибазолом, иммуналом или эхиноцеей, метилурацилом или неоселеном, практически всем детям пришлось проводить несколько курсов такой терапии со сменой препарата. Широко использовалась иммуностимулирующая терапия настойкой овса, женьшенем, аралией, заманихой и другими травами. Детям с часто рецидивирующими вирусными и бактериальными инфекциями при снижении интерфероновой активности крови проводились курсы виферона (в свечах), реоферона. Части детей был назначен демифосфон или ксидифон с целью мембраностабилизации. Продолжалась терапия расстройств желудочно-кишечного тракта.

При проведении психологического тестирования выявлены проблемы, касающиеся в основном нарушений в общении и снижении самооценки у длительно и часто болеющих детей, концентрирования внимания на болезнь ребенка у родителей. Эти данные предопределили проведение психокоррекции в однородных возрастно-половых группах и индивидуально. Подобные проблемы встретились и на следующем этапе реабилитации – социальном, где на первый план в терапии вышли психолого-педагогические реабилитационные мероприятия.

Проведение этапной комплексной реабилитации с учетом эффективности терапии, оценкой реабилитационного потенциала, включением не только медицинских, но и педагогических и психологических мероприятий дает больший эффект восстановительной терапии, длительную фазу ремиссии и уменьшение числа обострений и острых респираторных заболеваний у детей. Позволяет родителям с другой точки зрения посмотреть на проблему болезни, учитывающей и психологический климат в семье, увеличивает эффективность комплексной восстановительной и противорецидивной терапии у детей с хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы.