

Детская инвалидность вследствие заболеваний органов мочевой системы у детей, региональные особенности

Г.А. Маковецкая, Л.И. Мазур, Л.Г. Матееску, Т.В. Козлова
Самарский государственный медицинский университет,
Министерство здравоохранения Самарской области, г. Самара

Disability in children with urinary tract diseases, regional specificity

G.A. Makoveckaya, L.I. Mazur, L.G. Mateesku, T.V. Kozlova

Ключевые слова: детская инвалидность, заболевания органов мочевой системы, профилактика.

Проведен анализ региональной динамики детской инвалидности вследствие заболеваний органов мочевой системы на основе изучения материалов государственной статистики на территории Самарской области за период 1999–2003 гг. Выявлено увеличение абсолютного числа детей-инвалидов вследствие болезней почек до 2001 г. с последующей тенденцией к снижению этого показателя. Экспертиза причин инвалидности выявила лидирующую роль врожденной патологии (74%). Число детей-инвалидов с патологией мочеполовой системы наиболее высоко в возрасте 5–8 и 14–15 лет.

Инвалидность детей вследствие заболеваний органов мочевой системы остается острой медико-социальной проблемой. Показана необходимость формирования нефропротективной стратегии, начиная с антенатального периода.

An analysis of regional specificity of children disability with urinary tract diseases was performed. The analysis was based on governmental statistics of Samaras region in 1999–2003. An increase in the number of disable children in 1999–2001 and a decrease in the next two years were found. As much as 74% of disable children had innate pathology. The highest disability rates were found among children of age 5–8 and 14–15 years. A need of nephro-protective strategy from antenatal period is revealed.

За последние годы число детей-инвалидов в России постоянно увеличивается [1]. Поэтому дальнейшее совершенствование профилактических технологий в педиатрии тесно сопрягается с проблемой детской инвалидности [1, 3, 8, 10].

По данным государственной статистики к началу 2004 г. на территории Самарской области зарегистрировано 13 254 ребенка с ограниченными возможностями в возрасте от 0 до 18 лет. В 1999 г. было 10 768 детей-инвалидов; прирост за 5 лет составил 21,9%. На 10 000 детского населения в 1999 г. приходилось 167,8 детей с ограниченными возможностями, в 2003 г. – 204,6. Однако в значительно меньшей степени за эти годы увеличился показатель впервые выявленной инвалидности – всего на 3,9% [13].

Реализация федеральной программы «Дети-инвалиды» на территории Самарской области позволила создать стройную организацию медицинской, психологической, педагогической, социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями и их семей [5, 11, 16].

В первую очередь это касается детей-инвалидов вследствие перинатальных повреждений нервной системы. Но проблемы детской инвалидности [2], в том числе вследствие заболеваний органов мочевой систе-

мы [12], остаются актуальными и до настоящего времени. Данные публикаций в литературе свидетельствуют также о росте патологии органов мочевой системы и инвалидности с детства вследствие этих заболеваний [8, 14]. В Самарской области по материалам проведенной диспансеризации показатель распространенности болезней почек равен 62%.

Цель исследования – провести анализ региональной динамики детской инвалидности вследствие заболеваний органов мочевой системы, определить место этой патологии в формировании общей популяции детей-инвалидов, разработать меры профилактики.

Материал и методы исследования

В основу исследования положены материалы государственной статистики региона, характеризующие детскую инвалидность на территории Самарской области за период 1999–2003 гг. и в том числе инвалидность детей и подростков вследствие заболеваний органов мочевой системы; использованы оригинальные карты инвалидов, а также методы современного статистического анализа.

Полученные результаты и их обсуждение

В табл. 1 представлены болезни мочеполовой системы как причина детской инвалидности в общей популяции детей-инвалидов за период 1999–2003 гг.

Как следует из табл. 1, абсолютное число детей-инвалидов вследствие болезней почек увеличивалось до 2001 г., после чего отмечена тенденция к снижению этого показателя и соответственно доли детей-инвалидов с заболеваниями мочеполовой системы в общей популяции детей-инвалидов (с 2,7% в 1999 г. до 2,4% в 2003 г.). Снижение показателя инвалидности вследствие заболеваний органов мочеполовой системы произошло на 12,5%.

Наша территория имеет более низкие показатели инвалидности детей с заболеваниями мочеполовой системы по сравнению с Оренбургской областью и Россией в целом [14]. Так, в 1999–2000 гг. этот показатель составлял в Оренбургской области 3,7–3,5; по России в целом – 6,4–6,4.

Мы сравнили инвалидность вследствие патологии мочевой системы с ведущими классами болезней, явившимися причиной появления детей с ограниченными возможностями (табл. 2).

Безусловно, лидирующие позиции в структуре причин детской инвалидности на территории занимают болезни нервной системы, врожденные пороки, психические расстройства, что характерно и для других территорий.

По нашему мнению, болезни мочеполовой системы, хотя и встречаются в качестве причины инвалидности ребенка почти в 10 раз реже, чем болезни нервной системы, тем не менее имеют большое медико-социальное значение.

В табл. 3 представлены возрастные особенности детской инвалидности вследствие заболеваний ОМС.

Из табл. 4 следует, что распространенность детей-инвалидов с патологией мочеполовой системы наиболее высока в возрасте 5–8 и 14–15 лет. В возрасте 5–8 лет превалирует врожденная и наследственная патология почек, в 14–15 – приобретенная как причина развития хронической почечной недостаточности и инвалидизации ребенка.

Преобладают мальчики, как в общей популяции детей-инвалидов, так и среди пациентов с патологией мочеполовой системы (табл. 4).

Проведенная нами экспертиза причин инвалидности детей вследствие болезней почек [12] выявила лидирующую роль врожденной патологии (73%) (табл. 5).

Среди врожденных пороков преобладали obstructивные уродатии, пузырно-почечные рефлюксы, гипо- и дисплазии почек, поликистоз. Это исследование позволило принять на нашей территории в 1999 г. организационное решение проводить всем детям до 3 месяцев жизни УЗИ брюшной полости (параллельно с совершенствованием работы перинатального конси-

Таблица 1

Болезни мочеполовой системы как причина детской инвалидности в общей популяции детей-инвалидов за период 1999–2003 гг.

Годы	1999		2000		2001		2002		2003	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число детей										
Общая популяция	10 768	100	11 307	100	13 394	100	13 605	100	13 280	100
С болезнями мочеполовой системы	293	2,7	340	3,1	372	2,8	347	2,6	317	2,4

Таблица 2

Ведущие классы болезней в структуре детской инвалидности из расчета числа случаев на 10 000 детского населения по состоянию на 2003 г.

Классы болезней	Показатель детской инвалидности
Болезни нервной системы	4,26
Врожденные аномалии развития, хромосомные болезни	3,45
Психические расстройства	3,67
Болезни мочеполовой системы	0,49

Таблица 3

Повозрастная распространенность детской инвалидности в Самарской области, связанная с заболеваниями мочеполовой системы, по состоянию на 2003 г. (на 10 000 детей соответствующего возраста)

	Возраст, лет				
	0–4	5–8	9–13	14–15	16–17
В общей популяции	120,0	204,3	219,7	237,3	263,5
Болезни МПС	3,6	5,5	5,2	5,4	4,8

Таблица 4

Соотношение мальчиков и девочек в популяции детей-инвалидов Самарской области по состоянию на 2003 г.

	Возраст, лет					
	всего	в том числе				
		0–18	0–4	5–9	10–14	15
Все дети-инвалиды	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4
Дети-инвалиды по болезням ОМС	1,3	1,8	1,1	1,2	1,4	1,9

Таблица 5

Нозологическая структура детской инвалидности вследствие заболеваний мочевой системы по Самарской области

Характер патологии	Количество детей, %
Врожденная патология развития	74
Гломерулярная патология	22
Нефробластома	3
Как следствие острой почечной недостаточности	1

лиума). Данное внедрение в практику позволило рано диагностировать и корригировать врожденные пороки развития мочеполовой системы и несколько снизить детскую инвалидность вследствие заболеваний органов мочевой системы. Совместно с детскими урологами нами были разработаны организационные принципы и профессиональная тактика ведения детей с обструктивными уropатиями [6]. Первый этап был связан с совершенствованием пренатальной диагностики пороков развития, с работой перинатального консилиума.

Диагностическое ультразвуковое исследование в акушерской практике позволяет проводить мониторинг развития плода, до рождения ребенка выявить расширенные участки мочевых путей при обструктивном и необструктивном расширении мочеточников или обструкции лоханочно-мочеточникового соустья, расширение мочевого пузыря. Вопрос о судьбе плода, ребенка с ожидаемым врожденным пороком развития решается на перинатальном консилиуме, в котором участвует и уролог. На нашей территории процент беременных женщин, нуждающихся в осмотре уролога из-за патологии плода, увеличился с 17% в 1999 г. до 51,2% в 2003 г. Главная проблема, которая возникает после выяснения диагноза, заключается в реакции родителей на сообщение о болезни почек у будущего ребенка. Мы согласны с тем, что тяжесть порока не всегда можно оценить до рождения ребенка [15].

В настоящее время выработаны абсолютные показания для прерывания беременности: это врожденные клапаны заднего отдела мочеиспускательного канала, экстрофия мочевого пузыря. В большинстве же случаев беременность сохраняют до ее естественного завершения. Затем ребенку оказывается специализированная помощь. После рождения ребенка с пороками развития мочевой системы его наблюдают в отделениях патологии новорожденных уролог, нефролог (второй этап наблюдения). И далее, при необходимости оперативной коррекции, дети с врожденной патологией переходят в урологические отделения (третий этап), где им оказывается необходимая помощь в первые месяцы жизни. Так, за период 1999–2003 гг. в первые 3 месяца жизни в отделении детской урологии областной больницы (зав. отделением – З.Б. Данилова) прооперировано 47 детей по поводу экстрофии мочевого пузыря, мультикистоза почки, мегауретера и др. Умерло двое новорожденных. Остальные наблюдаются в большинстве своем с положительной динамикой [6].

Существенной причиной детской инвалидности вследствие заболеваний мочевой системы является гломерулярная патология (быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит первичный, вторичный – на фоне системного заболевания). Нефропротективная стратегия этого направления включает своевременное выявление хронического заболевания почек и достижение эффективных терапевтических целей. Последнее означает адекватность консервативной терапии, в частности гипотензивной при хроническом заболевании почек; использование таких дорогостоящих видов лечения, как сандиммун, который успешно применяется нами у детей с рецидивирующим и резистентным течением нефротического синдрома. Необходима подготовка и своевременное на-

чало заместительной терапии в терминальных стадиях ХПН. Наблюдая больного с прогрессирующим падением функций почек, с одной стороны, надо помнить, что никакая терапия, направленная на сохранение функции почек, не будет дороже заместительной почечной терапии; а с другой стороны, затягивание с началом заместительной почечной терапии чревато развитием необратимых осложнений, уремии. Дети не должны прийти на диализ глубокими инвалидами с грубыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, необратимым отставанием в росте и тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы [7]. Им предстоит еще длительная жизнь и после утраты почечных функций.

Нами проведен анализ социальных особенностей семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями вследствие заболеваний почек. 21% семей – неполные, в 4% случаев в семьях воспитываются дети-сироты. Серьезные материальные трудности испытывают 65% семей, воспитывающих ребенка-инвалида. Дети и родители отмечают дефицит общения детей со сверстниками, 36% детей-инвалидов обучаются на дому; 48% матерей, имеющих детей-инвалидов, не работают или не имеют постоянной работы. Матери подвержены депрессии и тревожности, развитию стрессовых ситуаций. Большинство матерей не удовлетворены своим жилищем и страдают от перенаселенности. Серьезные психологические проблемы возникают у детей с инвалидностью. В 6–10 лет дети уже ощущают свою неполноценность и несостоятельность, оказавшись в чрезмерной зависимости от родителей и медицинских работников. Психологические факторы, связанные с задержкой роста и полового развития, создают дополнительные трудности для пребывания ребенка в социуме, в общении как со своими сверстниками, так и со взрослыми людьми. Имеются трудности в получении дальнейшего образования.

Среди наших пациентов особую группу составляют 8 детей в возрасте от 4 до 17 лет, находящиеся на заместительной терапии в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (4 – на программном диализе, 4 – на перитонеальном диализе). Необходимость проведения трансплантации порождает дополнительные экономические и психологические проблемы в семье, необходимость переезда в другой город.

Заключение

Таким образом, инвалидность детей вследствие заболеваний органов мочевой системы остается острой медико-социальной проблемой, касающейся всех возрастных периодов детства, всех членов семьи ребенка-инвалида. Поэтому нефропротективная стратегия должна проводиться, начиная с антенатального периода, в котором имеет место высокий риск развития врожденной и наследственной патологии почек. Приоритетным направлением в профилактике детской инвалидности остается дальнейшее развитие ante/перинатальной помощи; внедрение новых технологий в области медицинской реабилитации пациентов с угрозой их инвалидизации; единая система разработки и внедрения образовательных программ для семьи и детей с ограниченными возможностями.

Литература

1. Баранов АА. Профилактические технологии в педиатрии: научные и практические проблемы. Педиатрия 2003; 5: 4–7.
2. Бондарь ИВ. Реабилитация детей-инвалидов: становление понятий, пути развертывания службы. Права ребенка 2004; 1: 15–24.
3. Вельтищев ЮЕ. Проблемы охраны здоровья детей России. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2000; 1: 5–9.
4. Вельтищев ЮЕ., Зелинская ДИ. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики. Лекция для врачей. Прилож. к журн. «Рос. вестник перинатологии и педиатрии» 2000: 68.
5. Гусарова ГИ. Системный подход в реализации семейной политики в Самарской области. В кн.: Семейная политика: теория и проблемы. М., 1997: 23–36.
6. Данилова ЗБ., Маковецкая ГА. Пре- и постнатальная диагностика и принципы ведения новорожденных с патологией мочевых путей. Материалы III Конгресса педиатров России «Новые технологии в педиатрии и детской хирургии». М., 2004: 552.
7. Зверев ДВ. Стратегия ведения детей с хронической почечной недостаточностью. Материалы III Конгресса педиатров-нефрологов России. СПб., 2005: 87–91.
8. Зелинская ДИ., Вельтищев ЮЕ. Детская инвалидность. Российский вестник перинатологии и педиатрии 1995; 6: 9–11.
9. Игнатова МС. Патология органов мочевой системы у детей (современные аспекты). Нефрология и диализ 2004; 6 (2): 127–132.
10. Камаев ИА., Позднякова МА. Детская инвалидность. Нижний Новгород: НГМА, 1999: 156.
11. Маковецкая ГА, Гусарова ГИ., Стуколова ТИ. Социальная педиатрия: избранные вопросы. Самара, 1998: 128.
12. Маковецкая ГА, Козлова ТВ., Каткова ЛИ., Мазур ЛИ. Медико-социальная экспертиза детской инвалидности при заболеваниях органов мочевой системы. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2000; 4: 52–59.
13. Маковецкая ГА, Мазур ЛИ., Антимонов МЮ., Матеевская ЛГ. Детская инвалидность: региональные особенности и пути профилактики. Материалы IX Всероссийского конгресса «Экология и здоровье человека». Самара, 2004: 172–181.
14. Перепелкина НЮ. Нефрологическая заболеваемость и инвалидность детей Оренбургской области. Педиатрия 2003; 4: 63–67.
15. Рой ЛП. Педиатрическая нефрология. В кн.: Руководство по нефрологии. Под ред. Дж.А. Витворт, Дж.Р. Лоренса. М.: Медицина, 2000: 411–428.
16. Стуколова ТИ, Гусарова ГИ., Маковецкая ГА. Социальные аспекты в педиатрии. М., 2002: 160.