

Министерство здравоохранения Оренбургской области
ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская
академия Росздрава»
Региональная Ассоциация нефроурологов

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
И ПРЕВЕНТИВНАЯ
НЕФРОЛОГИЯ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА**

Информационно-методическое письмо

Оренбург - 2007

Государственное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Оренбургская
государственная медицинская академия
Федерального Агентства по здравоохранению
и социальному развитию»
Региональная Ассоциация нефроурологов

«Утверждаю»

Заместитель министра здравоохранения
Оренбургской области, Председатель Совета по
внедрению достижений медицинской науки
в практику здравоохранения,

доктор мед. наук

 В.Н. Аверьянов

« 31 » марта 2007 г.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
И ПРЕВЕНТИВНАЯ НЕФРОЛОГИЯ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Информационно-методическое письмо

Оренбург - 2007

Доктор медицинских наук, профессор А.А. Вялкова, кандидат медицинских наук М.В. Вострикова, О.О. Трубка. Профилактическая и превентивная нефрология детского возраста. Информационно-методическое письмо. Оренбург, 2007.- 40с.

Под общей редакцией Заслуженного врача РФ, руководителя региональной ассоциации нефроурологов, главного детского нефролога МЗ Оренбургской области, доктора медицинских наук, профессора А.А. Вялковой.

Информационно-методическое письмо посвящено одной из актуальных проблем педиатрии – профилактической и превентивной нефрологии детского возраста. Изложены основные принципы профилактической педиатрии. Определены задачи профилактической и превентивной нефрологии. Рассмотрены вопросы первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний почек у детей. Показана роль преемственности между врачами педиатрами, неонатологами, генетиками, нефрологами и урологами в сохранении нефрологического здоровья детей и оказании высококвалифицированной специализированной медицинской помощи больным с патологией почек. Предложены современные технологии ранней диагностики заболеваний органов мочевой системы у детей, основанные на выявлении факторов риска и формировании групп высокого риска по нефропатиям.

Издание предназначено для врачей - педиатров первичного звена здравоохранения, врачей общей практики, врачей-нефрологов, врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов медицинских ВУЗов.

Рецензенты

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор **Г.А. Маковецкая**

Профессор кафедры факультетской педиатрии с курсом
пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава»
докт.мед.наук **Л.Ю. Попова**

Заместитель начальника Управления здравоохранения
администрации г. Оренбурга по родовспоможению
и детству, канд. мед.наук **О.Л. Заикина**

Содержание

Введение	4
Задачи профилактической и превентивной нефрологии	6
Основные принципы в решении проблем профилактической нефрологии	7
Виды профилактических медицинских услуг	8
Школа здоровья	13
Факторы риска нефропатий	14
Мониторинг нефрологического здоровья	17
Скрининговая программа ранней диагностики заболеваний органов мочевой системы у детей	21
Показания для направления детей к нефрологу детской поликлиники	24
Основные задачи и принципы оказания медицинской помощи детям с заболеваниями органов мочевой системы	25
Диспансерное наблюдение детей с патологией ОМС, задачи диспансеризации.	28
Реабилитация детей с патологией ОМС	34
Показатели эффективности и качества диспансеризации	36
Список литературы	38

Введение

Медико-социальная значимость болезней почек обусловлена их широкой распространенностью, инвалидизирующим характером с формированием ХПН уже в детском возрасте (Вялкова А.А., 1995; Папаян А.В., Савенкова Н.Д., 1997).

В настоящее время заболевания органов мочевой системы (ОМС) в популяции занимают 4-5 место у подростков и 6-7 место у детей в возрасте до 14 лет (Чумакова О.В., 2006). По данным эпидемиологических исследований распространенность нефропатий в детской популяции варьирует от 60‰ до 210‰ (Вялкова А.А., 1995; Игнатова М.С., 1994;). По данным специальных экологических исследований патологию органов мочевой системы имеют 177-210 из 1000 детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах (Трухина О.Н., 1994; Попова Л.Ю., 2004).

Распространенность детской инвалидности вследствие заболеваний почек и мочевыводящих путей составила на 10 тыс. населения: для мальчиков 4,9; для девочек 4,6 (Чумакова О.В., 2006).

Поражение почек может вести к развитию жизнеугрожаемых состояний – острой или хронической почечной недостаточности. Уже в детском возрасте формируется ХПН (терминальная стадия болезней почек), при которой требуется перевод ребенка на программу диализ-трансплантация (Игнатова М.С. и др., 1989, 2002).

Поэтому профилактическая и превентивная нефрология детского возраста должна стать приоритетной в деятельности лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения (Ю.Е. Вельтищев, Игнатова М.С., 1996; Маковецкая Г.А. и др., 2005).

На амбулаторно-поликлиническом этапе профилактическая и превентивная нефрология детского возраста является одним из крупных разделов работы врача-педиатра и врача-нефролога (приказ ГУЗО №20 от 2003г.). Ответственность за организацию и качество оказания медицинской помощи больным с нефропатиями и детям группы риска возлагается на заведующих отделений. Для обеспечения высокого уровня знаний в области нефрологии детского и под-

росткового возраста особое значение имеет внедрение системы непрерывной последипломной подготовки врачей первичного звена здравоохранения.

В детских поликлинических учреждениях здравоохранения функционируют общественные Школы нефрологического здоровья, призванные осуществлять обучение родителей и их детей вопросам профилактики, раннего выявления и реабилитации больных с заболеваниями органов мочевой системы (Вялкова А.А., Перепелкина Н.Ю., Архиреева В.А., 2003).

Основными задачами охраны нефрологического здоровья являются первичная профилактика заболеваний органов мочевой системы; ранняя диагностика нефропатий, эффективное лечение заболеваний органов мочевой системы и предупреждение хронизации нефрологических заболеваний; профилактика инвалидизации больных с заболеваниями почек и эффективное диспансерное наблюдение за детьми с нефропатиями, пациентами с пограничными состояниями и детьми из группы риска по патологии органов мочевой системы;

Основой для истинной профилактики заболеваний ОМС и предупреждения их перехода из пограничного состояния в болезнь является семейный подход к раннему выявлению нефропатий у детей, комплексные мероприятия по первичной и вторичной профилактике заболеваний почек (Вельтищев Ю.Е., Игнатова М.С., 1996).

Профилактическое и превентивное направление в нефрологии основано на:

- распознавании факторов риска болезней органов мочевой системы, которые проявляются на популяционном; семейном и индивидуальном уровнях.
- оценке риска прогрессирования болезней почек и инвалидизации больного;
- оценке риска для жизни ребенка с патологией почек.

Задачи превентивной и профилактической нефрологии на современном этапе:

- распознавание факторов риска болезней органов мочевой системы (ОМС), оценка риска развития и прогрессирования нефропатий;
- ранняя диагностика заболеваний органов мочевой системы и отклонений нефрологического здоровья, в том числе функционального состояния органов мочевой системы;
- формирование групп риска по развитию нефропатий;
- раннее выявление пограничных состояний;
- проспективный мониторинг здоровья детей из группы высокого риска по патологии почек и мочевыводящей системы;
- ранняя реабилитация детей с отклонениями нефрологического здоровья: пограничными состояниями и групп высокого риска по хронической патологии почек; реабилитация функциональных отклонений у больных с нефропатиями;
- эффективная диспансеризация больных с заболеваниями органов мочевой системы;
- преемственность в плане превентивной нефрологии педиатров-нефрологов с урологами и терапевтами-нефрологами.

Функции участкового педиатра и врача общей (семейной) практики:

- обеспечение профилактических мероприятий всем детям;
- формирование группы риска по возникновению нефропатий;
- осуществление диспансерного наблюдения детей из группы риска и проведение им превентивных мероприятий;
- своевременное выявление и коррекция пограничных состояний у детей;
- проведение диспансерного наблюдения детей с пограничными состояниями;
- ранняя диагностика заболеваний органов мочевой системы в детском возрасте;

- своевременное направление пациентов на следующий диагностический этап;
- своевременная госпитализация больных, имеющих нефропатии;
- организация диспансерного наблюдения детей с патологией органов мочевой системы;
- организация реабилитации больных с нефрологической патологией;
- профилактика детской инвалидности и смертности вследствие болезней органов мочевой системы.

Основой истинной профилактики заболеваний ОМС является семейный подход к раннему выявлению нефропатий, современные превентивные и реабилитационные мероприятия в системе охраны здоровья матери и ребенка, включающей мероприятия по сохранению и укреплению здоровья с перинатального периода.

Основные принципы в решении проблем профилактической нефрологии – это решение проблем охраны здоровья подрастающего поколения на основе:

- межведомственного подхода;
- законодательной базы;
- приоритета профилактического направления;
- формирования мотивации на здоровье (сотрудничество медицинских работников, педагогов, психологов; формирование доминанты на здоровье семьи).

Наиболее актуальные проблемы охраны здоровья подрастающего поколения

- ✓ охрана здоровья матери и ребенка в системе мать-плод-ребенок;
- ✓ охрана здоровья новорожденных (профилактика недоношенности, оказание медицинской помощи новорожденным, обеспечение им интенсивной помощи);

- ✓ охрана здоровья девочки-подростка, улучшение показателей репродуктивного здоровья в системе девочка-девушка-женщина-мать;
- ✓ динамическое наблюдение детей всех возрастов в амбулаторно-поликлинических условиях;
- ✓ высокое качество медицинского обеспечения детей и подростков; доступность высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям;
- ✓ совершенствование профилактических и лечебных мероприятий по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности;
- ✓ социальная поддержка семей;
- ✓ интенсификация научных исследований, обеспечивающих здоровье детей, профилактику детской инвалидности;
- ✓ внедрение новых технологий;
- ✓ повышение квалификации врачей-неонатологов, педиатров, акушеров.

Ключевой проблемой здравоохранения на современном этапе является способность государства обеспечить охрану здоровья и получение гарантированной медицинской помощи в нужном объеме и качестве, что возможно выполнить на основе нормативного и законодательного регулирования охраны здоровья детей.

Виды профилактических медицинских услуг при оказании медицинской помощи детскому населению

Мероприятия по УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

- Работа со всеми детьми

Мероприятия по ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

- Работа с детьми из группы риска
- Работа с детьми, имеющими пограничные состояния

Мероприятия по ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

- Работа с детьми, имеющими различные заболевания

Профилактика заболеваний (Diseases Prevention) - это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Первичная профилактика (Primary Prevention) – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленных на достижение и сохранение высокого уровня здоровья населения.

Вторичная профилактика (Secondary Prevention) – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленных на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов и возможных осложнений.

Уровни профилактики и виды профилактических вмешательств

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

- Политика, финансирование
 - Законодательство
- Межсекторальное сотрудничество
 - Население, СМИ

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Снижение влияния вредных факторов
- Гигиеническое воспитание, СМИ, обучение
- Индивидуальное и групповое консультирование
 - Выявление факторов риска

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Выявление заболеваний и факторов риска
 - Обучение
- Индивидуальное и групповое консультирование
 - Медикаментозное лечение
 - Не медикаментозное лечение

РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Обучение
- Индивидуальное и групповое консультирование
 - Медикаментозное лечение
 - Не медикаментозное лечение
- Психо-социальная реабилитация

Разработка, принятие и реализация нормативных актов, законов и постановлений, направленных на укрепление здоровья детского населения, первичную и вторичную профилактику заболеваний, осуществляются на федеральном, а также региональном и муниципальном уровнях, что способствует мобилизации необходимых материальных, трудовых и других ресурсов. Кроме того, разработка таких законодательных документов требует межсекторального сотрудничества, что позволяет привлекать заинтересованные ведомства и организации к решению актуальных проблем в области укрепления здоровья детского населения.

В рамках бюджетного финансирования в первую очередь поддерживаются амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения, приоритетной деятельностью которых является осуществление превентивных и профилактических мероприятий. При этом медицинские учреждения, которые оказывают профилактические услуги, используют различные источники финансирования, в т.ч. целевые средства комплексных профилактических программ различных уровней (федерального, регионального и муниципального)

Концепция укрепления здоровья и профилактики заболеваний включает многообразие факторов, влияющих на здоровье. Основные группы этих факторов, представляя единое целое включают факторы социальной и законодательной политики, системы здравоохранения, образования и информирования населения, а также участие и влияние общественности. В настоящее время большое внимание уделяют межсекторальному сотрудничеству.

Концепция укрепления здоровья и профилактики заболеваний



При этом особо важно формировать мотивацию каждого человека на сохранение и укрепление своего здоровья, а также здоровья всех членов семьи, прежде всего, детей. Очень важна убежденность самих медицинских работников в необходимости и значимости проведения профилактических мероприятий. Без специальных знаний в области профилактической медицины такая убежденность не может сформироваться.

Знания, опыт и убежденность медицинских работников в приоритетности профилактических мер будут способствовать повышению мотивации населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья своих детей, а также повысит их доверие к медицинским профилактическим услугам.

Алгоритм повышения потребительского спроса на профилактические медицинские услуги



Успех реализации концепции по охране здоровья детского населения зависит от изменения отношения специалистов, особенно руководителей служб, органов и учреждений системы здравоохранения к проблеме укрепления здоровья и профилактики заболеваний как ресурсу жизнеобеспечения и безопасности общества.

Немаловажным фактором, определяющим спрос на профилактические медицинские услуги, является убежденность потребителей в необходимости и целесообразности получения таких услуг. У большинства населения отсутствует мотивация на сохранение, укрепление своего здоровья, здоровья своих детей и профилактику заболеваний. Поэтому следует повышать информированность родителей и их детей в этой области. Изменить данную ситуацию могут общественные Школы здоровья.

Школа здоровья (School of Health, School of Patients) - организационная форма обучения целевых групп населения по приоритетным (для данной группы) проблемам укрепления и сохранения здоровья.

Школа здоровья – это программы

- *обучения,*
- *воспитания,*
- *лечебной педагогики,*
- *профилактики,*
- *реабилитации.*

Существует реальная необходимость создания и функционирования повсеместно таких Школ здоровья в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения. В таких Школах будут проходить обучение родителей и их детей вопросам профилактики, раннего выявления, лечения и реабилитации различных заболеваний.

Успех профилактической деятельности медицинских работников зависит не только от их профессиональных знаний, но и от собственной убежденности в важности и эффективности рекомендуемых мер и здоровых привычек.

Просветительская работа, несомненно, может способствовать повышению спроса населения на профилактические медицинские услуги. Поэтому первостепенную роль приобретают организационные формы просветительской работы, которые позволят раскрыть населению преимущества профилактических услуг перед лечебно-диагностическими. Для этой деятельности привлекается не только медицинская, но и немедицинская общественность, а также средства массовой информации.

Профилактические медицинские услуги отличаются значительным разнообразием, так как преследуют различные цели, начиная с укрепления здоровья и предупреждения возникновения заболеваний,

заканчивая профилактикой неоправданной инвалидности и преждевременной смертности.

Одним из видов профилактических медицинских услуг являются меры, обеспечивающие выявление и уменьшение влияний факторов риска на здоровье населения.

Факторы риска (Risk Factors) - потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

В своей повседневной деятельности педиатрам, врачам общей (семейной) практики целесообразно осуществлять отбор детей в группу риска по возникновению различной патологии и дифференцированно проводить им превентивные мероприятия.

К факторам высокого риска нефропатий относят:

- болезни почек и сердечно-сосудистой системы у ближайших родственников;
 - нефропатии у матери во время беременности;
 - аллергический диатез у ребенка и ближайших родственников;
 - хронические очаги инфекции у ребенка;
 - повторные ОРИ и переохлаждения ребенка;
- Факторы относительного риска развития нефропатий;
- влияние профессиональных вредностей на мать;
 - пол ребенка.

К факторам риска развития врожденных заболеваний органов мочевой системы (ОМС) относятся:

1. Генетическая предрасположенность.
2. Отягощенное течение беременности (гестозы, угроза прерывания беременности, заболевания, в том числе обострение хронического пиелонефрита).
3. Тератогенные воздействия на плод (профессиональные вредности, экологически неблагоприятное воздействие внешней среды, медикаментозная терапия во время беременности, вредные привычки, поливирусное персистирование у матери, наличие хламидийной, уреоплазменной, микоплазменной инфекций).

Факторы риска развития дисметаболических нефропатий:

1. Обменные заболевания в семье.
2. Аллергическая предрасположенность.
3. Избыточное питание.
4. Аномалии конституции у ребенка, такие как аллергический, метаболический диатез.
5. Патологическое течение беременности, приводящее к гипоксии плода.
6. Поливирусное персистирование у матери (энтеровирусы, герпес. CMV, HBV, HCV и др.), хламидийная, уреоплазменная инфекции.
7. Эндокринопатии в семье.
8. Повышенная жесткость воды.
9. Дисбаланс микроэлементов, дефицит витамина B6, избыточная нагрузка витамином C.

Факторы риска развития микробно-воспалительных и абактериальных тубулоинтерстициальных процессов в почках:

1. Генетическая предрасположенность (риск более велик, если больна мать или больны мать и отец).
 2. Пиелонефрит беременной.
 3. Риск антенатальной вирусной инфекции (обострение пиелонефрита во время беременности у матери, гестозы второй половины беременности, заболевания гриппом или ОРВИ в I - II половине беременности).
 4. Обменные нарушения.
 5. Поливалентная аллергия.
 6. Гипоиммунные состояния по гуморальному, клеточному звену, сочетанные нарушения системы комплемента, фагоцитарных реакций.
 7. Гиповитаминозы, электролитные нарушения.
 8. Дисбактериоз кишечника с развитием энтероколита.
 9. Вульвовагинит, дискинезия кишечника.
 10. Частые заболевания детей (респираторно-вирусные, кишечные инфекции).
 11. Глистно-паразитарные инвазии (энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз).
 12. Очаги хронической инфекции (кариес, хронический тонзиллит, аденоидит, гайморит, вульвит, баланопостит).
- Очень важно проведение дифференциальной диагностики у детей между пограничным состоянием и ранними проявлениями заболевания, что нередко сопряжено со сложностями. Однако это необходимо для решения вопроса: нуждается ли ребенок в профилактических или терапевтических мероприятиях. В свою очередь терапевтические мероприятия должны дифференцироваться в зависимости от характера предрасполагающего фактора и внешних неблагоприятных воздействий. К ним следует отнести:

- 1) внутриутробную гипоксию плода;
- 2) минорные аномалии иммунитета;
- 3) частые заболевания детей (респираторно-вирусные, кишечные инфекции);
- 4) аллергический диатез;
- 5) избыточное питание;
- 6) очаги хронической инфекции (тонзиллит, этмоидит, аденоидит, кариес, холецистит, колит, вульвовагинит и др.);
- 7) вирусные инфицирования, в том числе персистенция вирусной, поливирусной инфекции (энтеровирусы Коксаки А, В, TORCH, HBV, HCV), хламидиоз, уреаплазмоз (Хрущева Н.А. и др., 1993).

**Мониторинг нефрологического здоровья
для ранней диагностики нефропатий
(А.А. Вялкова, ОГМА, 2000 г.)**

I. Пренатальная и ранняя постнатальная диагностика патологии органов мочевой системы у детей

1. Анализ генеалогического, медико-биологического и социального анамнеза. Оценка факторов риска патологии почек. Выделение контингента беременных, новорожденных и детей грудного возраста из группы риска по патологии органов мочевой системы.
2. УЗИ беременных в динамике: в 10 - 14 недель, в 20 - 24 недели и в 30 - 32 недели беременности.
3. Исследование крови беременных на фетопротеин в 16-20 недель беременности.
4. Консультация генетика по показаниям, медико-контрольная комиссия по показаниям.

II. Ранняя диагностика патологии органов мочевой системы у детей грудного возраста

5. УЗИ-мониторинг почек и мочевого пузыря новорожденным из группы риска по нефропатиям в т.ч. все дети из семей с патологией почек, от матерей с заболеваниями органов мочевой системы, перенесшие обострение пиелонефрита. Новорожденным, имеющим поро-

ки развития других органов и систем; стигмы дисэмбриогенеза, находящимся на искусственной вентиляции легких, с отечным синдромом, с гнойно-воспалительными заболеваниями, изменениями в моче, с азотемией.

6. Контроль за динамикой пограничных состояний у новорожденных; оценка эволюции отеков, азотемии, нарушений диуреза, изменений мочи (наличии протеинурии, гематурии, лейкоцитурии).

7. УЗИ почек и мочевого пузыря детям из группы риска по нефропатиям в возрасте до трех месяцев (перед прививкой). Консультация нефролога и (или) уролога по показаниям.

8. Консультация нефролога, уролога, генетика.

III. Мониторинг здоровья детей старше 1 года

9. УЗИ-мониторинг почек и мочевого пузыря детям высокого риска по нефропатиям при подозрении на патологию почек.

10. Обязательный мочевой скрининг в ДДУ и школах.

11. Клинический скрининг.

Не меньшего внимания требует работа с детьми, у которых уже имеются пограничные состояния. Не допустить перехода такого состояния в заболевание - задача, стоящая перед медицинскими работниками первичного звена здравоохранения.

Клинические признаки неблагополучия антепатального периода:

1) внешние соматические микроаномалии, выявляемые у ребенка, в сочетании с наличием сведений о заболеваниях органов мочевой системы в семье (ассоциативный маркер почечной патологии);

2) выраженная вегето-сосудистая или вегетативная дистония, проявляющаяся стойким снижением артериального давления и тенденция к артериальной гипертензии (Н.А.Белоконь, 1986);

3) рецидивирующий абдоминальный синдром.

Сочетание этих трех признаков, по мнению М.С.Игнатовой и соавт, (1989) характерно для детей, у которых патологическое состояние связано с ОМС.

Реализация пограничных состояний в болезнь наблюдается не во всех случаях. Поэтому чрезвычайно важно установить ведущие факторы, определяющие переход пограничного состояния в болезнь у конкретного ребенка. В амбулаторных условиях важно отобрать контингент для специального обследования. Установлено влияние наследственной предрасположенности в возникновении наиболее распространенных нефропатий (дисметаболических, микробно-воспалительных, тубулоинтерстициального нефрита), при этом существенная роль принадлежит процессам дестабилизации клеточных мембран, минорным состояниям иммунной системы, метаболическим нарушениям в организме ребенка, а также высокой вирулентности условнопатогенных бактериальных возбудителей, обуславливающих их способность к внутриклеточному паразитированию, и вирусной персистенции. Одной из возможных причин, объясняющих, почему в этой ситуации именно почка оказывается органом-мишенью, может быть наличие элементов почечного дизэмбриогенеза на органном и тканевом уровнях.

Необходима организация непрерывного наблюдения за детьми группы риска, начиная с периода новорожденности. При этом следует провести отбор детей в группу высокого риска для проведения целенаправленного оздоровления. С целью профилактики нефропатий необходимо выявлять и проводить санацию всех очагов инфекции, в том числе и глистно-паразитарной инвазии.

Медицинские мероприятия по профилактике заболеваний почек включают:

I. Мероприятия в системе акушерско-терапевтико-педиатрической службы.

1. Взятие на учет детей, рожденных женщинами с почечной патологией, их нефрологическое обследование.

2. Своевременная информация врачей-терапевтов, гинекологов о состоянии здоровья детей, рожденных женщинами с нефропатиями.

3. Полный контроль за состоянием здоровья девочек пубертатного возраста, имеющих патологию почек; слежение при передаче их в подростковый кабинет для исключения активности почечного заболевания и обеспечение оздоровления таких пациенток до наступления беременности.

4. Решение вопроса о целесообразности сохранения беременности у женщин с почечной патологией (решается индивидуально) с учетом:

- особенностей течения беременности;
- характера заболевания у матери, состояния функции почек;
- воздействия средовых факторов, в том числе профессиональных вредностей;
- риска антенатальной вирусной инфекции;
- интеркуррентных заболеваний.

Меры профилактики развития заболеваний почек у детей:

1. Планирование семьи.

2. При планировании последующей беременности необходимо учитывать, что высокий риск внутриутробного вирусного инфицирования плода отмечается при наличии у беременной обострения очагов хронической инфекции, пиелонефрита, лихорадочных состояний, гестозов I и II половины беременности, что требует последующей диагностики персистентной вирусной инфекции (мать, дети, отец).

3. Оздоровление женщин, больных пиелонефритом, до наступления беременности.

4. Своевременное прерывание беременности у женщины, больной наследственным нефритом при беременности плодом мужского пола, а также - в случае поликистоза почек у плода при УЗИ-диагностике.

5. Отстранение женщины от профессионально вредного воздействия путем перевода ее на другую работу уже с первого месяца бе-

ременности, так как критическими для органогенеза (в том числе и почек) являются первые два месяца беременности.

Оптимальным для реализации программы раннего выявления заболеваний органов мочевой системы является установление преемственности в работе врача-педиатра, терапевта, акушера-гинеколога с целью своевременной диагностики пограничных состояний. Наряду с указанным необходимо проведение обследования детей нефрологом, урологом, гинекологом и другими специалистами, осуществление медико-генетического консультирования (по показаниям).

II. Организация непрерывного наблюдения за детьми из группы риска, начиная с периода новорожденности. Она предусматривает правильный отбор детей в группу высокого риска и проведение целенаправленного их оздоровления.

СКРИНИНГОВАЯ ПРОГРАММА

ранней диагностики заболеваний органов мочевой системы у детей

1. Первичный скрининг

1. Сбор данных анамнеза
2. Составление родословной семьи, клинико-генеалогический анализ.
3. Анализ медико-биологического анамнеза:
 - состояние здоровья матери до и во время беременности;
 - акушерский анамнез матери;
 - течение настоящей беременности и родов;
 - вредные привычки матери во время беременности;
 - прием медикаментов во время беременности;
 - профессиональные вредности на производстве родителей;
 - неблагоприятные экологические факторы.
4. Клинический скрининг:
 - наличие рецидивирующего абдоминального синдрома;
 - наличие артериальной гипо- или гипертензии;
 - наличие 5 и более малых аномалий развития;

- наличие нарушений ритма спонтанных мочеиспусканий, других дизурических признаков.

5. Мочевой скрининг:

- наличие изменений в общем анализе мочи (лейкоцитурия, бактериурия, эритроцитурия, протеинурия, кристаллурия, цилиндрурия и др.);

- спонтанная кристаллурия.

6. УЗИ-скрининг:

- наличие эхографических изменений органов мочевой системы (пиелозктазия, асимметрия размеров почек и др.).

7. Индивидуальные факторы риска возникновения заболеваний органов мочевой системы:

- наличие аллергических состояний;
- наличие метаболических нарушений;
- наличие дисбиоза кишечника;
- наличие частых простудных заболеваний и др.

II. Вторичный скрининг

1. Анкетирование.
2. Контроль артериального давления (по показаниям – суточный мониторинг артериального давления).
3. Ведение «почечного листа» (по показаниям).
4. Скрининг-тест мочи (по показаниям - биохимический анализ мочи).
5. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам (по показаниям).
6. Исследование функций почек.
7. УЗИ почек и мочевого пузыря.
8. Проведение консультаций узких специалистов.

III. Углубленное нефроурологическое обследование проводится

1. Детям из группы риска по развитию нефроуропатий:
 - из семей с нефроуропатиями и нарушением обмена;

- при наличии 2 и более признаков клинического скрининга (рецидивирующий абдоминальный синдром, артериальная гипо- или гипертензия, более 5 малых аномалий развития, нарушение ритма спонтанных мочеиспусканий, кристаллурия);

- при наличии эхографических изменений органов мочевой системы (пиелозктазия, асимметрия размеров почек и др.).

2. Детям с пограничными состояниями:

- уродиабез, кристаллурия;

- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, энурез.

Всем детям первого года жизни в поликлинике следует выполнять скрининговое ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Дети, имеющие какие-либо эхографические изменения в почках, в том числе, умеренную пиелозктазию, незначительное увеличение, уменьшение или асимметрию размеров почек, должны быть консультированы нефрологом детской поликлиники, по показаниям – урологом (приказ УЗО №33 от 02.02.2000г.).

План профилактических мероприятий для предупреждения развития нефропатий у детей из группы риска и с пограничными состояниями:

- назначение корригирующих диет;
- оптимизация питьевого режима;
- соблюдение ритма мочеиспусканий;
- предупреждение сенсibilизации организма;
- коррекция дисбиотических нарушений;
- коррекция обменных нарушений;
- коррекция иммунных нарушений;
- предупреждение вирусных и бактериальных инфекций;
- выявление и санация хронических очагов инфекции.

Детям с патологией органов мочевой системы, врач-педиатр и врач общей (семейной) практики обеспечивают проведение

вторичной профилактики, направленной на предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний с назначением курсов противорецидивного лечения и оздоровления:

- охранительный режим;
- лечебное питание;
- противорецидивное медикаментозное лечение *;
- традиционное не медикаментозное лечение (фитотерапию, физиотерапию и др.);
- лечебную физкультуру и массаж;
- санаторно-курортное лечение.

Врач-педиатр и врач общей (семейной) практики своевременно направляют детей на консультацию к нефрологу поликлиники.

ПОКАЗАНИЯ

для направления детей к нефрологу детской поликлиники
(приказ УЗО г. Оренбурга №124 от 26.04.1996
и приказ ГУЗО №20 от 16.01.2003)

1. Дети из группы риска по развитию нефроуропатий.
2. Дети с пограничными состояниями.
3. Дети с впервые выявленными изменениями в моче.
4. Дети с выявленными изменениями в анализах мочи на фоне интеркуррентных заболеваний.
5. Дети с подозрением на патологию органов мочевой системы.
6. Дети с установленным диагнозом нефроуропатии.
7. Дети с расстройством мочеиспускания.
8. Дети с опухолевидным образованием в брюшной полости.
9. Дети с длительным (в течение 3 недель и более) субфебрилитетом неясной этиологии.
10. Дети с рецидивирующим абдоминальным синдромом неясной этиологии.
11. Дети с артериальной гипо- или гипертензией.
12. Дети с задержкой роста и деформацией скелета.
13. Дети с эхо-признаками изменений органов мочевой системы.

При направлении к нефрологу необходимо иметь:

1. Историю развития ребенка (форма 112/у).
2. Общий анализ мочи (двух- или трехкратно).
3. Клинический анализ крови.
4. Кал на гельминты.
5. Сведения о реакции Манту с 2 ТЕ.

Основные задачи и принципы оказания медицинской помощи детям с заболеваниями органов мочевой системы

К основным задачам в решении проблем охраны нефрологического здоровья детей относятся:

- вторичная профилактика заболеваний органов мочевой системы у детей;
- ранняя диагностика и лечение заболеваний органов мочевой системы у детей;
- предупреждение хронизации нефрологических заболеваний и инвалидизации детей с заболеваниями органов мочевой системы;
- диспансерное наблюдение за больными, пациентами с пограничными состояниями и детьми из группы риска по патологии органов мочевой системы;
- разработка, апробация и внедрение новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний органов мочевой системы у детей;
- анализ показателей заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов мочевой системы;
- анализ причин позднего выявления нефрологических заболеваний и летальности детей;
- организационно-методическая помощь лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам нефрологии детского возраста;
- повышение квалификации врачей-педиатров и врачей общей (семейной) практики по вопросам детской нефрологии.

Основные принципы оказания специализированной нефрологической помощи детскому населению:

- непрерывность наблюдения за детьми и подростками от 0 до 18 лет;
- профилактическая направленность работы;
- использование скрининговых программ для раннего выявления заболеваний органов мочевой системы у детей;
- приближенность и доступность специализированной нефрологической помощи детскому населению;
- соблюдение стандартизованных алгоритмов (протоколов) диагностики и лечения различных заболеваний органов мочевой системы у детей;
- осуществление мониторинга нефрологической заболеваемости и инвалидности детей;
- внедрение новых технологий в реабилитацию детей с нефрологической патологией.

Амбулаторно-поликлинические учреждения являются *первым этапом* оказания медицинской помощи детскому населению.

На всех этапах оказания медицинской помощи детскому населению должны функционировать общественные Школы нефрологического здоровья, которые призваны осуществлять гигиеническое обучение родителей и детей по вопросам профилактики, ранней диагностики и лечения заболеваний органов мочевой системы.

В системе вторичной профилактики, направленной на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов и возможных осложнений, а также в системе профилактических мероприятий, обеспечивающих предупреждение и снижение риска возникновения заболеваний ОМС, участковые врачи-педиатры, врачи общей (семейной) практики формируют группы риска по возникновению патологии почек и мочевыводящих путей с учетом критериев формирования групп риска по патологии почек, признаков клинического скрининга и комплекса региональных и медико-биологических факторов риска.

Проведение диспансеризации предусматривает, что динамическое наблюдение за здоровыми детьми и детьми из группы риска проводят участковые педиатры и врачи общей (семейной) практики.

Врачи узких специальностей осуществляют диспансерный учет и реабилитацию только тех пациентов, которые имеют определенные заболевания почек.

Нефролог детской поликлиники выполняет наблюдение (диспансерный учет) и реабилитацию следующих групп больных:

- дети с наследственными и врожденными формами нефроуропатий;
- реконвалесценты острой почечной недостаточности и больные с хронической почечной недостаточностью;
- больные с приобретенными формами нефропатий, в том числе, реконвалесценты острого гломерулонефрита и больные с хроническим гломерулонефритом; реконвалесценты острых инфекций органов мочевой системы и больные с хроническими формами инфекции почек и мочевыводящих путей;
- дети с патологией почек, находящиеся на гормональной, цитостатической терапии;
- больные со вторичными формами нефропатий (на фоне диффузных болезней соединительной ткани, на фоне сахарного диабета и др.);
- дети, перенесшие корригирующие операции на почках и мочевыводящих путях.

Группу особого внимания составляют дети-инвалиды вследствие нефрологических заболеваний, которые, как правило, имеют хроническую почечную недостаточность.

Задачи диспансеризации:

1. Выявление у детей предрасположенности к развитию патологии почек и формирование групп высокого риска.
2. Своевременная диагностика заболеваний почек.
3. Профилактика развития нефропатий в группе высокого риска.
4. Проведение оздоровительных и лечебных мероприятий.
5. Иммунореабилитация.

При наблюдении за детьми групп риска по нефропатиям педиатр изучает клинико-генеалогический анамнез (составление и углубленный анализ родословной), проводит объективное обследование ребенка, с обязательным измерением артериального давления, выявлением внешних микроаномалий развития, учетом весо-ростовых показателей, ритма спонтанных мочеиспусканий, УЗИ почек и мочевого пузыря (с определением объема остаточной мочи после микции).

Дети группы риска нуждаются в систематическом контроле за состоянием полости рта и при необходимости в лечении у стоматолога, консультациях отоларинголога, уролога-андролога, девочки - по показаниям - гинеколога, консультируются вертебрологом, по показаниям проводятся консультации невропатолога. Выбор комплекса оздоровительных мероприятий проводится индивидуально с использованием адекватной диетотерапии и медикаментозной терапии (коррекция метаболических, мембранопатологических, иммунологических нарушений, по показаниям - противовоспалительная терапия).

Схемы диспансерного наблюдения с патологией органов мочевой системы представлены в учебно-методическом пособии МЗ РФ и Минобразования "Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями органов мочевой системы" (А.А. Вялкова, Н.Ю. Перепелкина, 2002г.)

Диспансерное наблюдение детей с патологией органов мочевой системы

В результате выполнения медицинских профилактических осмотров, которые позволяют провести комплексную оценку здоровья каждого ребенка, участковые педиатры или врачи общей (семейной) практики распределяет детей по группам диспансерного учета. Затем для каждого ребенка разрабатывается план диспансерного учета и медицинской реабилитации.

При составлении индивидуального плана диспансерного наблюдения и реабилитации учитываются: возрастные, половые, индивидуальные (медико-биологические, генеалогические, социальные) и другие факторы риска; функциональное состояние почек; особенности течения определенных нозологических форм заболеваний, их осложнения и возможные исходы; проводимая базисная терапия; наличие у ребенка сопутствующих заболеваний и «фоновых» состояний.

В плане диспансерного наблюдения выделяют следующие разделы: 1) частота осмотра ребенка педиатром и узкими специалистами; 2) кратность проведения функциональных исследований почек и необходимых лабораторных и инструментальных исследований.

Схемы диспансерного наблюдения и реабилитации детей из группы риска, пациентов с пограничными состояниями и больных с различными нефропатиями

Частота осмотра специалистов	Особое внимание обращают на	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации
Кристаллурия				
1. Педиатр: 1 раз в 3 – 6 мес. 2. Нефролог: по показаниям.	1. Общее состояние. 2. Осадок в моче, цвет и прозрачность мочи, относительную плотность, pH мочи.	1. Общий анализ мочи: 1 раз в 3 – 6 мес. 2. Кристаллометрия: 1 раз в 3 – 6 мес. 3. Суточная экскреция с мочой оксалатов, уратов, кальция, фосфора: 1 раз в 3 – 6 мес. 4. Скрининг-тесты мо-	1. Антикристаллурич. диета. 2. Высокожидкостный питьевой режим. 3. Медикаментозная обменкорректирующая, мембраностабилизирующая терапия (витамины; антиоксиданты, др.): 2	1. Отсутствие осадка в моче; светло желтый цвет мочи; прозрачность мочи. 2. Отсутствие кристаллурии. 3. Снятие с

	3. Мочевой синдром: кристаллурия.	чи: 1 раз в 3 - 6 мес. 5. УЗИ органов мочевой системы: 1 раз в год.	курса в год. 5. Фитотерапия: 2 курса в год.	учета через 1 год после выздоровления.
Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря				
1. Педиатр: 1 раз в 3 - 6 мес. 2. Нефролог: по показаниям. Уролог: 1 раз в 6 мес. Невролог: по показаниям. Психиатр, психотерапевт: по показаниям.	1. Общее состояние. 2. Поведение ребенка. 3. Механизм недержания мочи и ритм спонтанных мочеиспусканий	1. Общий анализ мочи: 1 раз в 3 - 6 мес. 2. Ритм спонтанных мочеиспусканий: 1 раз в 6 мес. 3. УЗИ почек, мочевого пузыря с определением функции мочевого пузыря и объема остаточной мочи: 1 раз в год. 4. Уродинамическое исследование (по показаниям). 5. Экскреторная урография, цистография (по показаниям).	1. Адекватный режим мочеиспусканий. 2. Медикаментозная терапия (в зависимости от типа НДМП): 2 курса в год. 3. Фитотерапия: 2 курса в год. 4. Физioterapia: 2 курса в год. 5. Иглорефлексотерапия: 1 раз в год (по показаниям). 6. ЛФК, массаж: 1 - 2 раза в год.	1. Отсутствие нарушений ритма мочеиспусканий. 2. Снятие с учета через 1 год после выздоровления.
Первичный (неврозоподобный) ночной энурез				
1. Педиатр: 1 раз в 3 - 6 мес. 2. Нефролог: по показаниям. 3. Уролог: 1 раз в 6 мес. 4. Невролог: 1 раз в 6 мес. 5. Психиатр, психотерапевт: по показаниям.	1. Общее состояние. 2. Поведение ребенка. 3. Характер сна. 4. Невролог, симптоматика. 5. Ритм спонтанных мочеиспусканий 6. Отягощенный наследственный анамнез. 7. Признаки мислосплазии (Spina bifidae).	1. Общий анализ мочи: 1 раз в 3 - 6 мес. 2. Ритм спонтанных мочеиспусканий: 1 раз в 6 мес. 3. УЗИ почек, мочевого пузыря с определением функции мочевого пузыря: 1 раз в год. 4. Уродинамическое обследование: по показаниям. 5. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника: по показаниям. 6. ЭЭГ, Эхо-ЭГ, РЭГ: по показаниям.	1. Режим дня. 2. Ограничение питьевого режима перед сном. 3. Медикаментозная терапия (транквилизаторы; психо-, ноотропы; витамины; аминокислоты и др.). 4. Фитотерапия: 2 курса в год. 5. Физioterapia: 2 курса в год. 6. Иглорефлексотерапия: 1 раз в год. 7. Лазеротерапия: 2 раза в год. 8. ЛФК, массаж: 1 - 2 раза в год.	1. Отсутствие ночного энуреза. 2. Снятие с учета через 1 год после выздоровления.
Острый гломерулонефрит				
1. Педиатр: 1-й год: пер-	1. Общее состояние.	1. Общий анализ мочи: первые 6 мес. - 2 раза в	1. Режим. 2. Диета.	1. Отсутствие экстрауренальных симптомов.

вые 3 мес. - 2 раза в мес.; затем - 1 раз в мес. 2 - 3-й год: 1 раз в 2 - 3 мес. 2. Нефролог: 1-й год: 1 раз в 3 мес.; 2 - 3-й год: 1 - 2 раза в год. 3. Отоларинголог: 1 - 2 раза в год. 4. Стоматолог: 2 раза в год. 5. Окулист (осмотр глазного дна): 1 - 2 раза в год.	2. Величина АД. 3. Отеки. 4. Диурез. 5. Мочевой синдром (протеинурия, эритроцитурия). 6. Суточная экскреция белка с мочой.	мес.; затем - 1 раз в мес. и при интеркуррентных заболеваниях. 2. Общий анализ крови: 1 - 2 раза в год. 3. Количественные пробы мочи (Нечипоренко или Амбурже): 1 раз в 3 - 6 мес. 4. Иммунограмма (СЗ, антистрептококковые антитела) 5. Биохимический анализ крови (протеинограмма, мочевины, креатинин, липидограмма и др.): 1 раз в 6 мес. 6. Клиренс эндогенного креатинина: 1 раз в 6 мес. 7. УЗИ почек: 1 - 2 раза в год.	3. Санация хронических очагов инфекции. 4. Медикаментозная терапия (витамины; иммуностимуляторы): 2 курса в год; 5. Фитотерапия: 2 раза в год. 6. Группа по физ-ре: первые 6 мес. - специальная, затем - подготовительная. 7. Санаторно-курортное лечение (в условиях местного нефрологического санатория): через 6 мес. 8. Мед. отвод от прививок: на 1 год.	ных симптомов. 2. Отсутствие мочевого синдрома. 3. Снятие с учета через 5 лет.
Хронический гломерулонефрит				
1. Педиатр: 1-2 год: 1 раз в мес.; затем - 1 раз в 2 - 3 мес. 2. Нефролог: 1 раз в 2 - 3 мес. 3. Отоларинголог: 2 раза в год. 4. Стоматолог: 2 раза в год. 5. Окулист (осмотр глазного дна): 2 раза в год.	1. Общее состояние. 2. Величина АД. 3. Отеки. 4. Диурез. 5. Клинико-лабораторные признаки почечной недостаточности 6. При приеме кортикостероидов - состояние ЖКТ, контроль кальция в крови. 7. При приеме цитостатиков - выявление цитопенических осложнений.	1. Общий анализ мочи: в период обострения 1 раз в 5 - 10 дней; в период ремиссии - 1 раз в мес. и при интеркуррентных заболеваниях. 2. Общий анализ крови: 1 раз в 3 - 6 мес. 3. Количественные пробы мочи (Нечипоренко или Амбурже): 1 раз в 3 - 6 мес. 4. Суточная моча на белок: 1 раз в 1 - 3 мес. 5. Проба Зимницкого: 1 раз в 3 - 6 мес. 6. Биохимический анализ крови (протеинограмма, мочевины, креатинин, электролиты, липидограмма и др.): 1 раз в 3 - 6 мес. 7. Клиренс эндогенного креатинина:	1. Режим. 2. Диета. 3. Санация хронических очагов инфекции. 4. Медикаментозная терапия (кортикостероиды; цитостатики; антиагреганты и др.): курсовое лечение по показаниям. 5. Фитотерапия: 2 курса в год. 6. ЛФК. 7. Группа по физ-ре: первые 6 мес. стойкой ремиссии - специальная, затем - подготовительная. 8. Ежегодное стационарное обследование и лечение. 9. Санаторно-курортное лечение (в условиях местного нефрологического санатория) -	1. Отсутствие экстрауренальных симптомов. 2. Отсутствие мочевого синдрома. 3. Отсутствие признаков почечной недостаточности. 4. С учета не снимаются.

	8. Мочевой синдром (протеинурия, эритроцитурия).	1 раз в 6 мес. 8. УЗИ почек: 2 раза в год. 10. Нефросцинтиграфия, радионуклидная ренография и др.: по показаниям.	через 6 мес. ремиссии. 10. Мед. отвод от прививок: постоянно.	
Инфекция мочевыводящей системы (острый цистит)				
1. Педиатр: 1 раз в 1 – 2 мес.	1. Общее состояние.	1. Общий анализ мочи: в период обострения 1 раз в 5 – 10 дней; в период ремиссии – 1 - 2 раза в мес. и при интеркуррентных заболеваниях.	1. Режим. 2. Диета. 3. Санация хронических очагов инфекции. 4. Медикаментозная терапия (витамины; иммуностимуляторы). 2 курса в год; антибактериальные средства и др.: по показаниям (по схеме). 5. Лечение вульвита. 6. Фитотерапия: 3 – 4 курса в год. 7. Физлечение: 2 курса в год. 8. Группа по физ-ре: подготовительная. 9. Санаторно-курортное лечение: через 6 мес. стойкой ремиссии.	1. Отсутствие дизурического синдрома. 2. Отсутствие мочевого синдрома. 3. Снятие с учета через 3 год.
2. Нефролог: 1 раз в 3 – 6 мес.	2. Дизурические расстройства.	2. Общий анализ крови: 1 раз в 3 – 6 мес.		
3. Уролог: 1 раз в 3 - 6 мес.	3. Прозрачность мочи.	3. Количественные пробы мочи (Нечипоренко или Амбурже): 1 раз в 1 – 3 мес.		
4. Гинеколог: по показаниям.	4. Мочевой синдром: лейкоцитурия, бактериурия.	4. Посев мочи на флору и антибиотикограмма: 1 раз в 3 – 6 мес. 5. УЗИ мочевого пузыря: 1 – 2 раза в год. 6. Цистоскопия: по показаниям.		
Хронический пиелонефрит				
1. Педиатр: 1-й год - 1 раз в 1 мес.; затем – 1 раз в 2 – 3 мес.	1. Этиология и патогенетические факторы ренальной инфекции.	1. Общий анализ мочи: в период обострения 1 раз в 5 – 10 дней; в период ремиссии – 1 раз в мес. и при интеркуррентных заболеваниях.	1. Режим. 2. Диета. 3. Санация хронических очагов инфекции. 4. Медикаментозная терапия (витамины; иммуностимуляторы и др.): 2 курса в год; антибактериальные средства и др.: по показаниям. 5. Фитотерапия: 3 - 4 курса в год. 6. Физлечение:	1. Отсутствие экстрауренальных симптомов. 2. Отсутствие мочевого синдрома. 3. Отсутствие признаков почечной недостаточности. 4. С учета не снимаются.
2. Нефролог: 1 раз в 3 – 6 мес.	2. Общее состояние.	2. Общий анализ крови: 1 раз в 3 – 6 мес.		
3. Уролог: по показаниям.	3. Величина АД.	3. Количественные пробы мочи (Нечипоренко или Амбурже): 1 раз в 1 – 3 мес.		
4. Гинеколог: по показаниям.	4. Мочевой синдром: лейкоцитурия, бактериурия.	4. Посев мочи на флору, антибиотикограмма: 1 раз в 3 мес.		
5. Отоларинголог: 2 раза в год.	5. Признаки почечной недостаточности.	5. Суточная экскреция с мочой оксалатов, уратов, кальция, фосфора:		

Окулист (осмотр глазного дна): 1 раз в год.	таточности.	1 раз в 3 мес. 6. Скрининг-тесты мочи: 1 раз в 3 мес. 7. Проба Зимницкого: 1 раз в 3 – 6 мес. 8. Биохимический анализ крови (протеинограмма, мочевины, креатинин, и др.): 1 раз в 6 мес. 9. Клиренс эндогенного креатинина, канальцевая реабсорбция, титруемая кислотность, аммиак и др.: 1 раз в 6 мес. 10. УЗИ почек, мочевого пузыря: 1 – 2 раза в год. 11. Экскреторная урография, цистография: по показаниям. 12. Нефросцинтиграфия радионуклидная ренография и др.: по показаниям.	2 курса в год. 7. Группа по физ-ре: в период ремиссии подготовительная. 8. Санаторно-курортное лечение: через 6 мес. стойкой ремиссии. 9. Мед. отвод от прививок: на 1 мес. после обострения.	
Мочекаменная болезнь				
1. Педиатр: 1-й год - 1 раз в 1 мес.; затем – 1 раз в 3 мес.	1. Общее состояние.	1. Общий анализ мочи: 1 – 2 раза в мес. и при приступах колики.	1. Режим. 2. Диета. 3. Высокожидкостный питьевой режим. 4. Частый ритм мочеиспусканий. 5. Медикаментозная терапия (корректоры обмена; антиоксиданты; витамины): 2 - 4 курса в год; антибактериальные средства и др. – по показаниям. 6. Фитотерапия: 3 - 4 курса в год. 7. Физлечение: 2 курса в год. 8. Бальнеотерапия: 2 курса в год. 9. Группа по физ-ре:	1. Отсутствие приступов почечной колики. 2. Отсутствие рецидивов камнеобразования. 3. Отсутствие мочевого синдрома. 4. Снятие с учета через 3 – 5 лет.
2. Нефролог: 1 раз в 3 – 6 мес.	2. Дизурические расстройства.	2. Количественные пробы мочи (Нечипоренко или Амбурже): 1 раз в мес.		
3. Уролог: 1 раз в 3 – 6 мес.	3. Прозрачность, цвет мочи; осадок в моче.	3. Посев мочи на флору, антибиотикограмма: 1 раз в 3 – 6 мес.		
4. Стоматолог: 2 раза в год.	4. Мочевой синдром: лейкоцитурия, кристаллурия, эритроцитурия.	4. Суточная экскреция с мочой оксалатов, уратов, кальция, фосфора: 1 раз в 3 – 6 мес. 5. Скрининг-тесты мочи: 1 раз в 3 - 6 мес. 6. УЗИ почек, мочевого пузыря: 1 раз в 3 - 6 мес.; доплерография почек, цветное допле-		

		ровское картирование по показаниям. 7. Экскреторная урография, цистография: по показаниям. 8. Нефросцинтиграфия, радиоизотопная ренография и др.: по показаниям.	подготовительная. 10. Санаторно-курортное лечение: через 6 мес. стойкой ремиссии.	
--	--	--	--	--

Реабилитация детей с патологией ОМС

План реабилитации включает:

- режим;
- диета;
- медикаментозная терапия;
- не медикаментозная терапия (фитотерапия, физиотерапия, бальнеотерапия, массаж и др.);
- ЛФК и группа физкультуры;
- санаторно-курортное лечение;
- вакцинация;
- срок снятия с диспансерного учета.

Реабилитация детей с наследственным нефритом

1. Наблюдение детей участковым педиатром пожизненно.
2. Осмотр нефролога - 3 - 4 раза в год.
3. Госпитализация в стационар в стадии декомпенсации при появлении макрогематурии, а также отеков, сосудистой гипертензии, признаков, свидетельствующих о развитии ХПН.
4. Больным с синдромом Альпорта проводится ежегодно аудиометрия.
5. Назначение 2 раза в год курсов "активаторов обмена": пиридоксина - 60 - 120 мг в сутки, 10-14 дней, кокарбоксылазы 50 мг в/м через день № 15 - 20; АТФ 1 мл в/м через день № 15 - 20.
6. Вакцинация противопоказана. Проводится только по эпидпоказаниям.

Реабилитация детей с дисметаболическими нефропатиями (ДН)

1. Дети с ДН находятся на диспансерном наблюдении.
2. Осмотр педиатра ежеквартально.
3. Осмотр педиатра-нефролога 2 раза в год.
4. Анализ мочи общий или по Нечипоренко, определение суточной протеинурии 1 раз в 1 - 2 мес.
5. Биохимический анализ мочи с определением суточной экскреции оксалатов или уратов 2 - 3 раза в год. Доклиническая диагностика МКБ - система ЛИТОС.
6. Исследование функции почек - 2 раза в год (проба Зимницкого, клиренс эндогенного креатинина, радиоизотопная ренография с ¹³¹I-гиппураном или реносцинтиграфия).
7. Ультразвуковое исследование почек - не реже 1 раза в год.
8. Два раза в год осмотр стоматолога, оториноларинголога.
9. Консультации уролога, гинеколога, невропатолога, вертебролога (по показаниям).
10. Диета, водный режим, медикаментозные препараты, назначаемые при лечении больных в стационаре, показаны и в периоде поликлинического этапа реабилитации.
11. При оксалатном и уратном диатезе (при исследовании выявляется только кристаллурия солей, отсутствуют протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия) нет противопоказаний к профилактическим прививкам. В каждом конкретном случае проводится индивидуальная терапия, в том числе мембраностабилизирующая перед вакцинацией и после нее в течение 7 - 10 дней.
12. При наличии сопутствующей патологии органов пищеварения и др. по показаниям осуществляются консультации специалистов.
13. Прививки проводятся при ДН, ТИН - в неактивный период, при сохранной функции почек на фоне антиоксидантной, мембраностабилизирующей терапии, приема «Обуховской» минеральной воды или вод других источников слабо- или маломинерализованных (Вялькова А.А. и соавт., 2005).

Реабилитация больных с патологией почек – основа профилактики инвалидности.

Показатели эффективности и качества диспансеризации

Оценка диспансеризации детского населения проводится с учетом следующих количественных и качественных показателей:

- полнота охвата детского населения медицинскими профилактическими осмотрами (к 90%);
- частота выявления заболеваний при проведении медицинских профилактических осмотров;
- распределение детского населения по группам диспансерного учета;
- полнота охвата детского населения диспансерным наблюдением (к 100%);
- полнота охвата больных диспансерным наблюдением (к 100%);
- структура (по нозологическим формам) больных, состоящих на диспансерном учете;
- своевременность взятия больных на диспансерный учет;
- доля больных, получивших противорецидивное лечение (к 90%);
- доля больных, получивших санаторно-курортное лечение;
- доля больных, переведенных из одной группы диспансерного учета в другую;
- доля больных, снятых с диспансерного учета, в связи с выздоровлением;
- доля больных, состоящих на диспансерном учете, переведенных на инвалидность.

Среди подрастающего поколения требуется активная эффективная профилактическая работа по формированию установки на здоровый образ жизни, привитие позитивных форм поведения.

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ определены основные задачи, среди которых приоритеты отданы увеличению объема профилактических мероприятий, переносу части медицинской помощи на амбулаторное обслуживание, внедрению

стационароразмещающих технологий, сокращению длительности госпитального этапа лечения, реформированию поликлиник в консультативно-диагностическую службу.

Реформа здравоохранения сегодня - это укрепление базы амбулаторно-поликлинического звена с акцентом на специализацию; изменение структуры детских поликлиник с ориентацией на профилактическую работу с семьей, охрану репродуктивного здоровья и профилактику детской инвалидности. Необходима концентрация всего потенциала здравоохранения, науки, медицинских ВУЗов, профессиональных Ассоциаций, других ведомств на охрану материнства и детства.

Сосредоточить материальные и финансовые ресурсы на решение наиболее острых проблем материнства и детства позволяет программная основа реализации приоритетных задач службы. Основным механизмом реализации задач при этом является комплексная целевая программа «Здоровый ребенок», направленные на решение самых острых проблем улучшения положения и здоровья женщин и детей.

Дети из семей,отягощенных по нефропатиям, от матерей с патологией ОМС и тяжелым течением беременности, должны быть включены в группу высокого риска по развитию у них нефропатии. Для раннего выявления нефропатий необходимо учитывать особенности клинического полиморфизма почечной патологии. Основой для истинной профилактики заболеваний ОМС и предупреждения их перехода из пограничного состояния в болезнь является семейный подход к раннему выявлению нефропатий у детей.

Реализация долгосрочных медицинских научно-практических программ – это эффективный организационный метод формирования здоровья.

Список литературы

1. Вельтищев Ю.Е., Игнатова М.С. Профилактическая и превентивная нефрология (генетические и экопатогенные факторы риска развития нефропатий). Лекция № 34 (Пособие для врачей) // Приложение к журналу «Российский вестник перинатологии и педиатрии». – М., 1996. – 61 с.
2. Вялкова А.А. Проблемы детской нефрологии в Оренбуржье // Материалы Российской конференции и рабочего совещания главных нефрологов и урологов России. – Оренбург, 1995. – С. 3 – 5.
3. Вялкова А.А., Гордиенко Л.М., Слюсарева Л.Ю. и др. Ж. Нефрология и диализ т.3., №4, 2001, с. 437-441
4. Вялкова А.А., Перепелкина Н.Ю., Чумакова О.В., Сергеева Т.В. и др. Этапы оказания медицинской помощи детям с заболеваниями органов мочевой системы. Пособие для врачей.-М., 2002.-36с.
5. Вялкова А.А., Перепелкина Н.Ю. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями органов мочевой системы. Оренбург, 2002.-48с.
6. Вялкова А.А., Перепелкина Н.Ю., Архиреева В.А. Специализированная медицинская помощь детям с заболеваниями органов мочевой системы. М.: Медицина, Оренбург.-2003.-168с.
7. Вялкова А.А., Хрущева Н.А., Попова Л.Ю. и др. Современные технологии ранней диагностики и реабилитации больных с патологией почек. Учебно-методическое пособие. М.-2005.-99с.
8. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология: Руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1989. – 456 с.
9. Игнатова М.С. Распространенность заболеваний органов мочевой системы у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. - № 1. - С. 24 – 29.
10. Игнатова М.С., Белозеров Ю.М., Вишневский Е.Я., Вялкова А.А. и др. Соматические болезни у детей. Руководство для врачей / Под редакцией М.С.Игнатовой. – Москва – Оренбург, 2002. – 669 с.

11. Маковецкая Г.А., Русакова Н.В., Мазур Л.И., Гасилина Е.С. Амбулаторная нефрология. Учебное пособие. Самара.-2005.-176с.
12. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. (Руководство для врачей). – С.- Петербург: Сотис, 1997. – 718 с.
13. Попова Л.Ю. Экологически детерминированная патология почек у детей, проживающих в районах с различной антропогенной нагрузкой: Автореф. дис. ... д.м.н.- Оренбург, 2004.-46с.
14. Трухина О.Н. Характеристика нефропатий у детей в экологически неблагоприятном регионе по тяжелым металлам и обоснование использования мембранотропных препаратов для лечения этих больных: Автореф. дис. ... к.м.н.- М., 1994.-27с.
15. Хрущева Н.А., Синявская О.А., Шварцбейн А.А., Кокорева Л.В. Система ранней диагностики заболеваний почек в детском возрасте и особенности сочетания их с патологией органов пищеварения / Учебно-методические рекомендации. - Екатеринбург, 1993. - 33 с.
16. Чумакова О.В. Организация нефрологической помощи детям России. Доклад МЗ и СЦ Росздрава. V Российский Конгресс по детской нефрологии, 19-21 сентября 2006 г., г. Воронеж
17. Приказ УЗО г. Оренбурга №124 от 26.04.1996 г. «О совершенствовании оказания нефрологической помощи детскому населению г. Оренбурга».
18. Приказ УЗО г. Оренбурга №33 от 02.02.2000 г. «О совершенствовании оказания нефрологической помощи детскому населению г. Оренбурга».
19. Приказ МЗ РФ №380 от 22.10.2001 г. «О совершенствовании урологической и нефрологической помощи детям».
20. Приказ ГУЗО №20 от 16.01.2003 г. «О совершенствовании нефрологической и урологической помощи детям Оренбургской области».