

В процессе адаптации человека на Севере в его организме формируются морфофункциональные стратегии «спринтер», «стайер» и «марафонец». В функциональной стратегии «спринтер» энергетические затраты организма человека осуществляются со значительным усилением углеводного обмена веществ и выдерживают кратковременные мощные функциональные нагрузки. Клиническое течение болезни проявляется ярко, классически. В стратегии «марафонец» энергетические затраты в организме человека осуществляются комплексным усилением липидно-белкового обмена веществ. «Марафонцы» выдерживают небольшие нагрузки продолжительное время. Клинические болезни проявляют себя вяло, малозаметно, хронически, с трудной диагностикой. Между крайними морфофункциональными вариантами стратегии «спринтер» и «марафонец» выявляется промежуточная функциональная стратегия «стайер». Этот вариант стратегии является переходящей, регулируется тренировкой, сбалансированным питанием и «стайер» достаточно хорошо выдерживает средние физиологические нагрузки. Клинические течения болезни распознаваемы.

Функциональный переход от стратегии «спринтер» в «стайер» происходит значительно легче и прочнее, чем из «стайера» в «спринтер». Функциональная стратегия «стайер», в процессе естественной адаптации человека к условиям Севера и физической тренировки, может приобретать морфофункциональные качества страте-

гии «марафонец». Следовательно, клиническое течение болезни человека на Севере зависит от адаптивных типов вышеуказанных стратегий.

Лечебно-профилактическая работа в Якутии с учетом северного уклада жизни и функциональной адаптивной стратегии северянина снизила заболеваемость и потерю рабочего времени оленеводов, коневодов, охотников, рыбаков на 37,2% (Акт внедрения, 1990 г.). Санитарно-гигиенические рекомендации для зимних видов физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в условиях Севера, разработанные нами (Д.С. Тимофеев, Методическое руководство, Якутск, 1982) используются в Программе «Здоровье населения Сибири» (Справки и Акты внедрения). Результаты наших исследований по терморегуляторным адаптивным процессам, сезонным параметрам сердечно-сосудистых, дыхательных систем, показателей крови, энергозатраты организма человека, в 2001 г. утверждены, как нормативные стандарты, и стали основой введения северной медицины (Д.С. Тимофеев, 2008, 2009). В 2008 г. подписано специальное Поручение Президента Республики Саха (Якутия) от 09.02.2008 г., №А1-560-09/02, где соответствующим ведомствам было поручено внедрять эти стандарты в практику.

Установленные нами закономерности терморегуляторной энергетической адаптации человека к суровым условиям Севера должны учитываться при подготовке кадров здравоохранения, которые будут работать на вновь осваиваемых территориях Северо-Востока России.

Медицинские науки

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аверьянова Н.И., Балуева Л.Г.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера
Минздравоохранения России, Пермь,
e-mail: pr_averyanova@rambler.ru

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в верхние мочевые пути. ПМР провоцирует инфицирование мочевыделительной системы, повреждает ткани почки и мочеточника, приводит к развитию уретерогидронефроза, а позднее – к рефлюкс-нефропатии (РН), ренальной гипертензии, хронической почечной недостаточности [6]. В настоящее время социальное значение ПМР и РН как инвалидизирующего уродинамического отклонения общепризнано [4].

Распространённость ПМР составляет 1% в популяции детей и подростков [4].

По данным А.В. Папаяна и Н.Д. Савенковой (1997) в возрасте до 1 года ПМР чаще диагно-

стируется у мальчиков, тогда как после 2 лет с наибольшей частотой он выявляется у девочек [3, 4]. Согласно мнению большинства исследователей ПМР не имеет характерной клинической картины и основным проявлением заболевания в детском возрасте является инфекция мочевой системы (ИМС).

Среди причин ПМР у мальчиков основное место занимают пороки развития устьев мочеточников, в то время как у девочек преобладают вторичные формы ПМР, обусловленные инфекцией мочевыделительной системы и нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря.

При ПМР с наибольшей частотой выявляются асимптоматические формы ИМС, в то же время ряд авторов указывает, что нередко при ПМР рецидивы пиелонефрита протекают с высокой температурой тела. При наличии инфекции мочевой системы ПМР выявляется в 65% случаев [4].

Мочевые пути обычно колонизируются условно-патогенной флорой, прежде всего *E. Coli* (40-50%), далее следуют *Klebsiella*, *Stafilococcus*, *Proteus*, *Enterobacter* [1]. С возрастом возрастает роль кокковой флоры.

В раннем возрасте у детей преобладают первичные формы ПМР, обусловленные пороками мочеиспускательной системы, затем отмечается тенденция к уменьшению частоты первичного ПМР и увеличению вторичных форм ПМР. При этом частота регрессии первичного ПМР находится в обратной зависимости от степени ПМР, при 1 и 2 степени ПМР регрессия отмечается в 80%, а при 3 степени лишь – в 40% случаев [4].

Значительная распространённость ПМР в детском возрасте, склонность патологического ренального процесса к прогрессированию, развитию осложнений, приводящих к инвалидизации больного, определяют необходимость ранней диагностики и коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Цель исследования: изучить особенности клиники и диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей первых трёх лет жизни.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения работы обследовано 118 детей, 106 (89,8%) девочек и 12 (10,2%) мальчиков (в возрасте от 3 месяцев до 3 лет), находившихся в нефрологическом отделении ГДКБ №9 им. П.И. Пичугина г. Перми с января 2007 до января 2011 года, которым был впервые диагностирован ПМР. Основными показаниями к госпитализации детей в нефрологическое отделение послужили дизурические расстройства, интоксикационный и мочевого синдромы, изменения, выявленные при ультразвуковом исследовании (УЗИ) мочеиспускательной системы (МВС).

Всем больным проведено комплексное обследование: изучен анамнез, клинико-лабораторные данные (анализы мочи, бактериальный посев мочи на флору), ультразвуковое исследование МВС, микционная цистоуретерография.

Результаты и их обсуждение. У обследованных детей с ПМР пиелонефрит на первом году жизни дебютировал у 50% пациентов, с 1 до 2 лет – у 13,5%, с 2 до 3 лет – у 36,5%. Асимптоматические формы ИМС выявлены у 4,2% детей (до 1 года – у 2,5%, с 2 до 3 лет – у 1,7% детей). Согласно литературным данным пиелонефрит в 61% случаев впервые диагностируется на первом году жизни, на 2-3 году – у 24% детей [4].

Из 118 обследованных детей ПМР диагностирован в возрасте до 1 года у 45 (38,2%), с 1 до 2 лет – у 30 (25,4%), с 2 до 3 лет – у 43 (36,4%) детей. Повышение температуры тела было зарегистрировано у 50 (42%) детей. Жалобы на дизурию в виде нарушения ритма и/или болезненности при мочеиспускании выявлены у 24% детей. При целенаправленном расспросе родителей выяснилось, что у детей до 1 года наблюдались признаки дизурии, такие как натуживание, беспокойство во время или перед мочеиспусканием.

При лабораторном исследовании мочи у 58% детей были выявлены лейкоцитурия

и бактериурия; у 16% – только лейкоцитурия, у 16% – бактериурия. У 10% детей высева возбудителей и лейкоцитурии не было, что, возможно, связано с применением антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе. В структуре возбудителей преобладали Enterococcus – 45% и E. Coli – 42,5%, у 15% был высева Staphylococcus, у 7,5% – Klebsiella, у 3,4% – Streptococcus, у 2,5% – Proteus, у 2,5% – Candida.

Из анамнеза выяснено, что у детей, находящихся под наблюдением, при проведении ультразвукового скрининга почек в первые месяцы жизни в 31,1% случаев были выявлены изменения: пиелоктазия – у 28 (23,7%) детей (26 девочек и 2 мальчика), каликоктазия – у 9 (7,6%) детей (7 девочек и 2 мальчика), а также у 6 (5%) девочек были выявлены изменения размеров почек.

В нефрологическом отделении при УЗИ МВС увеличение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) выявлено уже у 42,3% детей. В большей степени изменения регистрировались в виде: пиелоктазии – у 21 (17,7%) ребёнка (19 девочек, 2 мальчика), каликоктазии – у 9 (7,6%) детей (7 девочек и 2 мальчика), каликопиелоктазии – у 20 (17%) детей (16 девочек, 4 мальчика). У 5 девочек выявлено удвоение почек и у 5 – увеличение размеров почек, при этом данная патология у мальчиков на УЗИ МВС не зарегистрирована. Согласно литературным данным у детей с ПМР увеличение размеров чашечно-лоханочной системы выявляется у 67,6% детей, в том числе, пиелоктазия – в 37,8% случаев, удвоение – у 10,8%, изменения размеров почек – у 8% [2].

Наличие дизурических расстройств, мочевого синдрома и изменений при УЗИ послужило поводом для проведения детям цистоуретерографии, что позволило окончательно сформулировать диагноз, уточнить степень ПМР и топику. ПМР 1 степени был выявлен у 22% детей, 2 степени – у 71%, ПМР 3 степени имел место лишь у 6,8% детей. При анализе степени выраженности ПМР в зависимости от пола у всех мальчиков, которых было всего 12 от общего количества детей, диагностирован ПМР 2 степени, в то время как у девочек (106 человек) выявлены все три степени ПМР. Следует отметить, что девочки с 3 степенью ПМР были более старшего возраста и все они поступили в стационар с выраженной клиникой острого пиелонефрита.

Двусторонний ПМР выявлен у 33% детей, односторонний – у 67%: левосторонний – у 38% детей, правосторонний – у 29%. Односторонний ПМР был преимущественно 2 степени (у 78%), ПМР 3 степени – у 9% детей.

Выводы

1. ПМР чаще выявляется у девочек.
2. Первичная диагностика ПМР в большинстве случаев ассоциируется с ИМС.

3. В структуре возбудителей ИМС при ПМР преобладают *Enterococcus* – 45%, *E. Coli* – 42,5%, возрастает роль стафилококковой флоры, которая составила 15%.

4. Частота ПМР коррелирует с данными УЗИ скрининга МВС, проведенного в первые месяцы жизни: чаще он встречался у детей с увеличением чашечно-лоханочной системы.

5. У детей первых трёх лет жизни по степени выраженности преобладает ПМР 2 степени.

Список литературы

1. Аверьянова Н.И., Еремеева И.В. Пиелонефрит у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом // Материалы научной сессии ПГМА. – Пермь, 2008. – С. 123.
2. Кичигина Л.А., Еремеева И.В. Клиника и диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса // Здоровье и образование ребёнка: Материалы I всерос. научно-практической конф. – Пермь, 2002. – С. 16.
3. Лопаткин Н.А., Пугачёв А.Г. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. – М., 1990. – С. 5, 119.
4. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. – СПб.: Сотис, 1997. – С. 529.
5. Пекарева Н.А., Пантелеева Е.Ю. Особенности течения и диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Педиатрия. – 2008. – Т.87, №3. – С. 36.
6. Brenner & Ruktors. The kidney. – 6th – W.B. Saunders Company, 2002. Ch.31. – P. 1449–1494.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ ПРИЕМНЫХ И ОПЕКУНСКИХ СЕМЕЙ

Аверьянова Н.И., Ханова Н.А.

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера»
Минздравсоцразвития России, Пермь,
e-mail: nkhanova@mail.ru

Проблема оказания медицинской помощи детям, воспитывающимся в опекунских и приемных семьях актуальна для Российской Федерации. Многолетняя установка государства на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в условиях закрытых учреждений, привели к признанию того факта, что общественная модель воспитания детей неадекватна потребностям ребенка, так как нацелена на изъятие его из семьи, замену родительской заботы заботой сотрудников учреждения. [2]. Поэтому в современной России внедрена стратегия развития семейных форм устройства детей.

В Пермском крае с 2008 года реализуется пилотный проект, направленный на сокращение сети закрытых детских учреждений и развитие семейных форм воспитания. На сегодняшний день из 20 923 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 93% воспитываются в замещающих семьях. Согласно данным органов опеки и попечительства на 1 января 2011 года, в опекунских семьях воспитывается 51,1% детей, в приемных семьях – 22,3%, усыновлены – 16,6%, находятся в детских домах и домах ребенка – 7,1% и проживают в семейно-воспитательной группе (как временной форме устройства) – 2,9%. Таким образом,

институт замещающих семей призван создать благоприятные условия для полноценной социализации и гармоничного развития детей-сирот посредством включения их в систему семейных отношений [4]. Несмотря на политику изъятия большинства детей из закрытых учреждений и помещения их в замещающие семьи, до сих пор не отработаны механизмы оказания комплексной медико-психолого-социальной помощи таким семьям и их воспитанникам.

Функциональные обязанности персонала учреждений, которые так или иначе сталкиваются с воспитанниками замещающих семей, предполагают формальный подход к удовлетворению их потребностей [3]. Это в свою очередь снижает эффективность взаимной адаптации ребенка и семьи, куда он был помещен на воспитание, и нередко приводит к возвращению сироты в детский дом. А это является чрезвычайно травмирующим фактором и оказывает самое негативное влияние на последующий жизненный маршрут каждого конкретного ребенка.

Нами апробирована модель индивидуального наблюдения в течение ряда лет за детьми из приемных и опекунских семей бригадой специалистов, включающей педиатра и детского психолога. Данная модель предполагает не только контроль за выполнением рекомендаций специалистов, осуществляющих медико-психолого-социальное сопровождение семей, но и налаживание тесного контакта с опекунами, приемными родителями и самим ребенком, непосредственный осмотр ребенка дважды в год, анкетирование всех членов семьи, оценку личностного психологического статуса ребенка, климата в семье и разработку индивидуальной программы реабилитации [2].

Цель работы: дать комплексную оценку состояния здоровья воспитанников приемных и опекунских семей и составить социальный портрет семей, куда дети поступают на воспитание из закрытых детских учреждений.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 54 ребенка в возрасте 7-8 лет (27 мальчиков и 27 девочек) из 2 сельских территорий Пермского края, из них 57% проживают в опекунских семьях, т.е. воспитываются кровными родственниками и 43% находятся в приемных семьях, как правило, многодетных с воспитателем, не являющимся родственником ребенка. Дети осматривались педиатром и детским психологом дважды в год в течение 2 лет. Изучены социальный и материнский анамнез детей, особенности развития во все возрастные периоды, перенесенные заболевания, причины поступления в детские дома и дома ребенка. Проведена комплексная оценка состояния здоровья детей, физического, биологического и нервно-психического развития. Подробно изучены внимание, мышление, память по специальным методикам, а также