

УДК 616.62-008.22-036.865-053.2(-32)

В.І. Руда

## Рівень інвалідності при захворюваннях органів сечовидільної системи у дітей Хмельницької області

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна  
Хмельницька обласна дитяча лікарня, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):53-56; doi10.15574/SP.2015.68.53

*У статті наводяться статистичні дані щодо дітей з обмеженими можливостями, структура причин дитячої інвалідності взагалі та структура інвалідизуючих захворювань органів сечовидільної системи зокрема. Розглядаються чинники, які дадуть можливість знизити інвалідність внаслідок ураження органів сечовидільної системи.*

**Ключові слова:** діти, інвалідність, аномалії органів сечовидільної системи, гломерулонефрит.

Упродовж останнього десятиріччя поширеність захворювань серед дитячого населення в нашій країні не зменшується, незважаючи на певні успіхи, досягнуті у зниженні рівня захворюваності новонароджених і дітей першого року життя, та заходи, які вжито з реорганізації підліткової служби. Економічні та соціальні негаразди, несприятливі екологічні чинники призвели до росту інвалідизуючих захворювань [9].

У динаміці стану здоров'я дитячого населення відмічаються несприятливі тенденції: підвищення частоти вродженої, спадкової та генетично детермінованої мультифакторіальної патології; прогресуючий ріст хронічних форм захворювань; збільшення частоти ускладнень вірусних та паразитарних захворювань і, як результат, підвищення загального числа дітей-інвалідів [10].

Інвалідність — соціальне явище, уникнути якого не може жодне суспільство. У всьому світі майже кожна десята людина зазнає тих чи інших обмежень. Ці дані засвідчують масштабність та глобальний характер проблеми інвалідності, яка є важливим індикатором стану здоров'я населення та певною мірою відображає рівень розвитку системи охорони здоров'я. Особливого значення надається цьому показнику в аналізі здоров'я дитячого населення [14].

У структурі причин дитячої інвалідності істотну роль відіграють дисморфогенетична патологія та хронічні соматичні захворювання — порушення функції ЦНС, нервово-м'язові та нервово-психічні порушення, розумова відсталість, порушення скелету, новоутворення, хвороби крові та кровотворних органів, ендокринної системи, природжені вади розвитку, питома вага яких серед усіх класів хвороб становить понад 50%.

Дані наукової літератури свідчать про постійний ріст патології органів сечовидільної системи. Спостерігається збільшення показника дитячої інвалідності, однією з причин якої є хвороби нирок [1,2,13].

У Хмельницькій області в 2014 році зареєстровано 5 652 дітей з обмеженими можливостями, з них 56,5% становлять хлопчики (3194) та 43,5% — дівчатка (2458). При рандомізації за віком отримано наступні дані: діти від 0 до 3 років склали 5%, від 3 року до 7 років — 17%, від 7 до 14 років — 49%, від 15 до 17 років — 29%.

На обліку в Хмельницькій області знаходиться 211 дітей з обмеженими можливостями з нефроурологічною патологією, серед яких переважають хлопчики (57%). У 80 дітей — хронічна ниркова недостатність (ХНН), з них три дитини на програмному гемодіалізі (ПГД) та одна дитина на перитонеальному діалізі (ПД). П'ятьом дітям проведена трансплантація донорської родинної нирки.

Рання діагностика ХНН при адекватному комплексі медичних заходів дозволяє подовжити додіалізний період.

У структурі інвалідизуючих захворювань нефроурологічного профілю 50% (105 дітей) припадає на аномалії органів сечовидільної системи (далі — АОСС).

Гломерулярні ураження зареєстровано у 17,5% (37) хворих, з яких 54% припадає на нефротичний синдром, 22% на гломерулонефрит з гематуричним синдромом та 16% — з гломерулонефритом на тлі геморагічного васкуліту.

Тубулопатії (фосфат діабет, нецукровий діабет, с-м Батлера, с-м Фанконі) становлять 4,6% від усіх захворювань, спадковий нефрит — 2,8%.

У 19% хворих інвалідність пов'язана із тубулоінтерстиціальним нефритом, серед яких 16 дітей, що становить 48%, перенесли гостру ниркову недостатність внаслідок гемолітико-уремічного синдрому та кризу на тлі гемолітичної анемії.

Інвалідність у зв'язку з нефробластою була встановлена 10 (5%) дітям.

Серед дітей-інвалідів з АОСС, ускладнених ХНН, 85,7% припадає на поєднані аномалії структури нирок та сечовивідних шляхів, 8,6% — на полікістоз нирок за ауто-сомно-домінантним типом.

Вади розвитку нижніх сечових шляхів — екстрофія сечового міхура — займають 5,7% (табл. 1).

Аналіз інвалідності внаслідок захворювань органів сечовидільної системи вказує на недостатню ефективність пренатальної та ранньої неонатальної діагностики природжених вад розвитку плоду та новонародженої дитини. Не дивлячись на те, що в області щорічно за медичними показаннями відбувається переривання майже 90 вагітностей через розвиток грубих вад органів та систем у плоду, продовжується народження дітей з природженими вадами, у тому числі й органів сечовидільної системи. Подальше удосконалення пренатальної та ранньої неонатальної діагностики АОСС впливатиме на зниження інвалідності і призведе до зменшення кількості дітей-інвалідів раннього віку, тому що натеper ця категорія дітей становить 43% (табл. 2).

Своєчасність виявлення патології має вирішальне значення для прогнозу хвороби і, відповідно, попередження раннього розвитку вторинно зморщеної нирки, нефросклерозу в даній віковій групі. Слід враховувати, що при проведенні пренатальної ультразвукової діагностики не всі вади розвитку органів сечовидільної системи плоду виявляються, тому актуальним є проведення скринінгового ультразвукового дослідження черевної порожнини в неонатальному періоді або в перші місяці життя. Відомо, що при оперативних втручаннях з приводу АОСС на першому році життя у

Таблиця 1

Аналіз інвалідності за нозологією, статтю та місцем проживання

№ з/п	Нозологія	Стать				Місце проживання				Усього	
		хлопчики		дівчатка		село		місто			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	<b>Аномалії органів сечовидільної системи</b>	<b>61</b>	<b>58,1</b>	<b>44</b>	<b>41,9</b>	<b>60</b>	<b>57,2</b>	<b>45</b>	<b>42,8</b>	<b>105</b>	<b>49,8</b>
1.1	Дисплазія нирок (кістозна дисплазія, гіподисплазія, підковоподібна нирка з гіподисплазованими сегментами), ХНН	19	18,1	12	11,4	18	17,4	13	12,3	31	29,5
1.2	Полікістоз нирок по АД типу, ХНН	2	1,9	7	6,7	8	7,6	1	1	9	8,6
1.3	АОСС (оперований гідронефроз, вторинне зморщення нирки), ХНН	18	17,4	11	10,5	14	13,3	15	14,3	29	27,6
1.4	АОСС (двобічний уретерогідронефроз, рефлюксуючий мегауретер, вторинно зморщена нирка), ХНН	17	16,2	6	5,7	14	13,3	9	8,6	23	21,9
1.5	Рефлюкс-нефропатія, ХНН	1	1	6	5,7	2	1,9	5	4,8	7	6,6
1.6	Екстрофія сечового міхура, обструктивний пієлонефрит	4	3,8	2	1,9	4	3,8	2	1,9	6	5,7
2.	<b>Спінальний сечовий міхур, вторинне зморщення нирки, ХНН</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>4</b>	<b>1,8</b>	<b>5</b>	<b>2,3</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	<b>7</b>	<b>3,3</b>
3.	<b>Нефробластома</b>	<b>6</b>	<b>2,7</b>	<b>4</b>	<b>1,8</b>	<b>7</b>	<b>3,2</b>	<b>3</b>	<b>1,4</b>	<b>10</b>	<b>4,7</b>
4.	<b>Гломерулярні ураження</b>	<b>22</b>	<b>10,1</b>	<b>15</b>	<b>6,9</b>	<b>17</b>	<b>7,8</b>	<b>20</b>	<b>9,1</b>	<b>37</b>	<b>17,5</b>
4.1	Гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром	5	13,5	3	8,1	4	10,8	4	10,8	8	21,6
4.2	Хронічний гломерулонефрит, нефротична форма	9	24,3	3	8,1	5	13,5	7	18,9	12	32,4
4.3	Хронічний гломерулонефрит, змішана форма	0	0	1	2,7	1	2,7	0	0	1	2,7
4.4	Гострий гломерулонефрит, нефритичний синдром	0	0	1	2,7	0	0	1	2,7	1	2,7
4.5	Хронічний гломерулонефрит, гематурична форма	5	13,5	3	8,1	4	10,8	4	10,8	8	21,6
6.6	Хронічний гломерулонефрит з ізольованим сечовим синдромом	1	2,7	0	0	0	0	1	2,7	1	2,7
4.7	Геморагічний васкуліт, капіляротоксичний нефрит	2	5,4	4	10,8	3	8,1	3	8,1	6	16,2
5.	<b>Спадковий нефрит</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	<b>5</b>	<b>2,3</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	<b>5</b>	<b>2,3</b>	<b>7</b>	<b>3,3</b>
6.	<b>Тубулярні ураження</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>	<b>17</b>	<b>40,5</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>	<b>17</b>	<b>40,5</b>	<b>42</b>	<b>19,9</b>
6.1	Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит	1	2,4	2	4,8	1	2,4	2	4,8	3	7,1
6.2	Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит після ГНН, ГУС, гемолітичного кризу	11	26,2	5	11,9	11	26,2	5	11,9	16	38,2
6.3	Хронічний ТІН єдиної нирки	11	26,2	9	21,4	11	26,2	9	21,4	20	47,6
6.4	Хронічний ТІН, дисплазія нирок, ХНН	2	4,8	1	2,4	2	4,8	1	2,4	3	7,1
7.	<b>Тубулопатії (фосфат діабет, нецукровий діабет, синдром Батлера, синдром Фанконі)</b>	<b>6</b>	<b>2,8</b>	<b>4</b>	<b>1,8</b>	<b>5</b>	<b>2,3</b>	<b>5</b>	<b>2,3</b>	<b>10</b>	<b>4,7</b>
	<b>Усього</b>	<b>125</b>	<b>57</b>	<b>93</b>	<b>43</b>	<b>123</b>	<b>56</b>	<b>95</b>	<b>44</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

30% хворих спостерігаються позитивні результати — відношення пасажу сечі, що запобігає ускладненням.

З 2005 року, після затвердження II з'їздом нефрологів України, в нашій країні для всіх вікових груп використовується діагноз «Хронічна хвороба нирок» (ХНН). Згідно із сучасними рекомендаціями, як ХНН трактується тривалий перебіг хвороб нирок за наявності полікістозної нирки або інших генетичних хвороб нирок у сімейному анамнезі, ниркової дисплазії або гіпоплазії, урологічних розладів, особливо обструктивних уропатій, міхурово-сечовідного рефлюксу, пов'язаного з повторними інфекціями сечовидних шляхів та рубцюванням нирок, гострого нефриту або нефротичного синдрому в анамнезі, гострої ниркової недостатності в результаті перинатальної гіпоксемії або інших гострих пошкоджень нирок, малої ваги тіла при народженні, гемолітико-уремічного синдрому, хвороби Шенлейна—Геноха, цукрового діабету, системного червоного вовчак, гіпертензії, зокрема внаслідок тромбозу нир-

кової артерії чи ниркової вени в перинатальному періоді, що призводить до зниження функцій нирок. Слід додати, що дозрівання нормальної кількості нефронів спостерігається на 38 тижні гестації за наявності нормальної маси плода. Тому всі недоношені або новонароджені з малою вагою тіла мають меншу за нормальну кількість нефронів. Це є ризиком розвитку ХНН, ранньої гіпертензії та більш важкого перебігу набутих захворювань нирок [6].

Таблиця 2

Вік дітей на момент переводу на інвалідність з АОСС

Вік	Кількість дітей	
	абс.	%
до 1 року	32	14
від 1 до 3 років	63	29
від 3 до 7 років	63	29
від 7 до 14 років	54	25
від 15 до 17 років	8	3
<b>Усього</b>	<b>220</b>	<b>100</b>

Несприятливі наслідки хвороби можна попередити або відстрочити шляхом ранньої діагностики та своєчасно розпочатого лікування.

На виконання Закону України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», постанови Кабінету Міністрів України від 26.07.2001 №889 «Про порядок затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років» та спільного наказу Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики та Міністерства фінансів України від 08.11.2001 №454/471/516 «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років» та наказу МОЗ України від 04.12.2001 №482 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 16 років» перевід дітей з гломерулярною патологією на інвалідність відбувається при рецидивному перебігу гломерулонефриту та резистентності до терапії, при прогресуванні процесу, високій його активності та порушенні функції нирок [11–12].

В Україні прийнято ряд державних та відомчих законодавчих документів, спрямованих на профілактику захворюваності та інвалідності у дітей та їх соціальний захист. Кінцевий результат реалізації цих документів — попередження і зниження інвалідності серед дітей та підлітків.

Безперечно, необхідно удосконалювати надання лікувально-реабілітаційної допомоги дітям з нефроурологічною патологією.

Для покращення якості життя дитини з обмеженими можливостями важливе значення має психологічна підтримка всієї сім'ї, організація оздоровлення в санаторних умовах, вирішення питання освіти дитини. Для вирішення цих проблем необхідний мультидисциплінарний підхід, зокрема залучення не лише медичних працівників, але й психологів та педагогів.

### Висновки

1. У структурі інвалідизуючих захворювань органів сечовидільної системи вроджені та спадкові нефропатії переважають над набутими.

2. Проведення скринінгового, найбільш інформативного та неінвазивного ультразвукового методу дослідження черевної порожнини, в неонатальному періоді та в ранньому малюковому віці дасть змогу раннього виявлення АОСС і, таким чином, матиме вирішальне значення для прогнозу хвороби та, відповідно, попередження ускладнень.

3. Адекватна терапія та профілактика ускладнень дасть можливість попередити прогресування порушення функції нирок, що сприятиме зниженню хронізації захворювання нирок та інвалідизації і тим самим дозволить покращити показники здоров'я дітей.

4. Для покращення виявлення ХХН у дітей необхідно враховувати провідні чинники, що підвищують ризик їх розвитку, та критерії визначення ХХН відповідно до настанів Національної нефрологічної спілки.

5. Для покращення якості життя дітей з обмеженими можливостями необхідно використовувати мультидисциплінарний підхід, зокрема залучення до роботи не лише медичних працівників, але й психологів та педагогів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы детской инвалидности в условиях реформирования системы охраны здоровья / Беловол А. Н., Шипко А. Ф., Сенаторова А. С., Муратов Г. Р. // Здоровье ребенка. — 2014. — № 5 (56). — С. 145—148.
2. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема / Ващенко Л. В., Равлинко А. А., Рубашная О. Ф. [и др.] // Здоровье ребенка. — 2008. — № 2(11). — С. 14—18.
3. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». — ВОЗ, 2005. — С. 23.
4. Инвалидность детей с хроническими соматическими заболеваниями в Украине / Коренев Н. М., Толмачева С. Р., Богмат Л. Ф., Коломиец А. М. // Здоровье ребенка. — 2009. — № 3 (18).
5. Инвалидность детей с хронической соматической патологией / Коренев Н. М., Богмат Л. Ф., Михайлова Э. А., Толмачева С. Р. — Харьков : Основа, 2002. — 210 с.
6. Иванов Д. Д. Хронична хвороба нирок (ХХН) / Д. Д. Иванов // Междунар. эндокринологич. журн. — 2005. — № 2(2).
7. Круглова И. В. Многоуровневая программа профилактики инвалидности у детей с хронической патологией / И. В. Круглова // Рос. педиатрич. журн. — 2005. — № 3. — С. 61—63.
8. Моисеєнко Р. О. Актуальні питання охорони здоров'я материнства і дитинства в Україні / Р. О. Моисеєнко // Совр. педиатрия. — 2008. — № 5 (22). — С. 8—14.
9. Моисеєнко Р. О. Частота та структура захворюваності дітей в Україні та шляхи її подолання / Р. О. Моисеєнко // Совр. педиатрия. — 2009. — № 2 (24). — С. 10—14.
10. Орда О. М. Охорона здоров'я в Україні на етапі реформування галузі // Актуальні проблеми в педіатрії на сучасному етапі / О. М. Орда, Р. О. Мойсеєнко. — К., 2004. — С. 20—21.
11. Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років : наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства фінансів України від 8 листопада 2001 року № 454/471/516 [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
12. Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину інваліда віком до 16 років : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 грудня 2001 року № 482 [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
13. Состояние проблемы детской инвалидности (анализ 1997—2011 гг.) / Ващенко Л. В., Хитрик А. Л., Рубашная О. Ф. [и др.] // Здоровье ребенка. — 2012. — № 6 (41). — С. 20—23.
14. Толмачева С. Р. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов с хронической патологией / С. Р. Толмачева // Medical practice. — 2007. — № 1 (55). — С. 12—15.

**Уровень инвалидности при заболеваниях органов мочевыделительной системы у детей Хмельницкой области**  
**В.И. Рудая**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина  
Хмельницкая областная детская больница, Украина

В статье приводятся статистические данные о детях с ограниченными возможностями, структура причин детской инвалидности вообще и структура инвалидизирующих заболеваний органов мочевыделительной системы в частности. Рассматриваются наиболее значимые факторы, которые позволят снизить инвалидность вследствие поражения органов мочевыделительной системы.

**Ключевые слова:** дети, инвалидность, аномалии органов мочевыделительной системы, гломерулонефрит.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):53-56; doi10.15574/SP.2015.68.53

**The level of disability in diseases of the urinary system in children Khmelnytsky region**

**V.I. Ruda**

M.I. Pyrogov Vinnytsya National Medical University, Ukraine  
Khmelnytsky Regional Children's Hospital, Ukraine

Statistical data concerning the children with disabilities, the structure of causes of childhood disability in general and the structure of disabling diseases of the urinary system in particular are presented in the article. Factors that will give an opportunity to reduce disability due to lesions of the urinary system are considered.

**Key words:** children, disability, abnormalities of the urinary system organs, glomerulonephritis.

**Сведения об авторах:**

**Рудая Вера Ивановна** — к.м.н., гл. врач Хмельницкой областной детской больницы.

Адрес: г. Хмельницкий, ул. Каменецкая, 94; тел. (038 22) 2-10-55; e-mail: xod194@gmail.com.

Статья поступила в редакцию 12.03.2015 г.

**НОВОСТИ**

**Детям, вскормленным грудным молоком,  
не понадобятся зубные брекеты**

Грудное молоко является не только ценным питательным продуктом, но и мощным средством формирования здоровой иммунной системы ребенка. Но кроме, так сказать полезных «биохимических» свойств, грудное вскармливание обладает и особыми физическими свойствами.

Ученые из США обнаружили, что захват соска малышом и характерные сосательные движения, которые он совершает в процессе кормления, способствуют формированию у него правильного прикуса и, что немаловажно, у детей, вскормленных грудью, гораздо реже встречается такой ортодонтический дефект как неровность зубного ряда.

Неправильное расположение зубов в ряду является косметическим недостатком, требующим ношения брекетов, оно также может ухудшать пережевывание пищи ребенком.

Сотрудники клиники при университете Стейтен Айленд в Нью-Йорке (Staten Island University Hospital in New York City) наблюдали более 1 300 детей с момента рождения и до достижения ими возраста 5 лет.

Ученые фиксировали, на протяжении какого периода времени дети питались материнским молоком, а также частоту использования ими сосок-пустышек.

Когда юным участникам исследования исполнилось по 5 лет, ученые провели обследование их зубов.

Исследователи обнаружили, что у детей, которые питались грудным молоком на протяжении 3–6 месяцев, риск развития так называемого глубоко прикуса уменьшался на 33% по сравнению с малышами, которых кормили грудью менее 3-х месяцев.

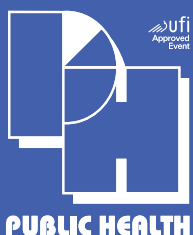
Если же дети питались грудным молоком в течение более 6 месяцев, риск развития глубоко прикуса снижался на 44%.

Глубокий прикус, при котором нижние резцы перекрываются верхними более чем на треть, является одним из наиболее трудноизлечимых дефектов.

Аналогичным образом грудное вскармливание снижало риск развития неровности зубного ряда. Так, например, у детей, которые питались материнским молоком на протяжении 6 месяцев и более риск развития этого дефекта был ниже на 72% по сравнению с младенцами, которые находились на грудном вскармливании менее 3-х месяцев.

С другой стороны, слишком частое применение сосок-пустышек способствовало развитию неровности зубного ряда даже при продолжительном грудном вскармливании.

*Источник: med-expert.com.ua*



24-та Міжнародна медична виставка  
**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я**



Співорганізатор:  
Міністерство охорони здоров'я України

**29 вересня-1 жовтня`2015**

**МВЦ • Київ • Броварський пр-т, 15**



**Майбутнє медицини. Вже сьогодні.**



тел: +38 (044) 496-86-45  
e-mail: [ph@pe.com.ua](mailto:ph@pe.com.ua)

[WWW.PUBLICHEALTH.COM.UA](http://WWW.PUBLICHEALTH.COM.UA)

Генеральний  
інформаційний партнер:

Інформаційна підтримка:



Еженедельник  
**АПТЕКА**  
[www.apteka.ua](http://www.apteka.ua)

український медичний  
**ЧАСОПИС**