

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИТЕРИЕВ «МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ»

Слободян Елена Иркиновна, Каладзе Николай Николаевич, Говдалюк Александр Леонидович, Титова Елена Васильевна

¹ Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО.

² «КФУ им. В.И. Вернадского», РФ, Республика Крым, 295051, г.Симферополь, бульвар Ленина, 5/7

elenaslobod@gmail.com

Ключевые слова: дети, хронический пиелонефрит, реабилитация, международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Введение. При оценке эффективности санаторно-курортной реабилитации (СКР) детей с хроническим пиелонефритом (ХП) важен объективный набор критериев ее положительных и отрицательных результатов. Применение унифицированных критериев, адекватно отражающих состояние ребенка в динамике, с единым алгоритмом их оценки, реализованных на основании положений «Международной классификации функционирования, нарушения жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) позволяет объективизировать оценку эффективности СКР.

Цель исследования. Обоснование и разработка методологии повышения точности оценки эффективности СКР у детей с ХП на основе использования МКФ.

Материалы и методы. В исследование было включено 122 ребенка с ХП в состоянии клинико-лабораторной ремиссии в возрасте от 6 до 16 лет, которые получали СКР на базе санаторно-курортных учреждений г. Евпатория. Первичным хроническим пиелонефритом (ПХП) страдало — 21 (17,21%), вторичным хроническим пиелонефритом (ВХП) — 101 (82,79%) обследованных. В комплексную СКР 64 (52,45%) детей, помимо базисной терапии, входили процедуры пелоидоамплипульстерапии — 1 группа. Дети 2 группы (58 (47,54%)) получали только базисную терапию. Основываясь на жалобах, анамнезе заболевания, данных объективного осмотра, общепринятого лабораторного и инструментального обследования детей с ХП проводилась оценка их состояния, базирующаяся на синдромальном подходе, унифицированном на основании МКФ. Каждому возможному для данной категории больных клиническому синдрому определяли соответствующее нарушение функции организма — домен МКФ второго уровня и включенные в него домены четвертого уровня. Оценивались следующие синдромы по мере значимости для клинической оценки: «хроническая интоксикация» (b 454, b 535, b 550), «болевого» (b 280), «отечный» (b 545), «никтурический» (b 610), «дизурический» (b 620, b 630) и «мочевой». Оценка осуществлялась от 0 до 4 баллов. Включение ряда доменов второго и четвертого уровня в клиническую оценку производилось путем деления совокупности баллов указанных доменов на их количество. Сумма баллов определяла уровень нарушений функций при ХП и представляла совокупность субъективной и объективной составляющей оценки состояния ребенка. Проведенная аналогичная оценка до и после СКР позволяла анализировать его эффективность, как в целом, так и отдельных контролируемых параметров заболевания. Степень выраженности функциональных расстройств у детей с ХП включала 5 уровней: 0 — нет физиологических нарушений; 1 — легкие; 2 — умеренные; 3 — тяжелые; 4 — абсолютные проблемы. Результаты. Из числа выявленных синдромов у больных с ХП превалировали проявления синдрома хронической интоксикации, который встречался одинаково часто у пациентов с обеими клиническими формами ХП. Болевой синдром имел место преимущественно у детей с

ВХП и проявлялся жалобами на непостоянные и непродолжительные болезненные ощущения в области поясницы и/или живота ($p < 0,05$ в сравнении с ПХП), и никтурия ($p < 0,01$ в сравнении с ПХП). Дизурический и отечный (в виде периодически возникающей и слабо выраженной пастозности век после ночного сна) синдромы возникали в большинстве случаев у пациентов с ВХП ($p > 0,05$). Совокупная балльная оценка, основанная на данных клинико-параclinicalического обследования, проведенного до СКР, показала значительно большее ($p = 0,0341$) число баллов у больных ВХП ($2,56 \pm 0,16$) по сравнению с больными ПХП ($1,75 \pm 0,24$).

У детей с ХП 1 группы комплексное СКР способствовало значительному улучшению клинического состояния пациентов с ПХП и ВХП субъективно и объективно. Так, у детей с ПХП количество баллов после СКР составило «0», что соответствовало отсутствию как субъективных, так и объективных клинических проявлений заболевания, во 2 группе $0,45 \pm 0,19$ баллов. У больных ВХП — $0,23 \pm 0,06$ балла, что было статистически значимо меньше ($p < 0,001$) количества баллов у детей с ВХП 2 группы, составившего $1,21 \pm 0,19$. С 6 месяца катamnестического наблюдения обозначился рост субъективной составляющей балльной оценки за счет роста количества жалоб в рамках «незначительных»: b 4552 (снижение толерантности к физическим нагрузкам) у 9 (14,1%) детей; b 5358 (снижение аппетита) — 9 (14,1%), b 5500 (субфебрилитет) — 2 (3,1%); b 28012 (боль в области живота) — 3 (4,7%); b 28013 (боль в области спины) — 1 (1,6%); b 54500 (пастозность) — 3 (4,7%); b 6201 (функции, связанные с количеством актов мочеиспускания) — 4 (6,3%); b 6202 (функции контроля над мочеиспусканием) — 2 (3,1%). Мочевой синдром у 12 (18,8%) детей: ничтожный у 7 (58,3%), незначительный — 3 (25,0%) и умеренный у 2 (16,7%), связанный с рецидивом ХП. К 9 месяцу катamnестического наблюдения у пациентов с ВХП 1 группы число баллов, составившее $2,01 \pm 0,31$, несмотря на сохранение отличий балльной оценки от исходного уровня ($p < 0,05$), имело место нивелирование статистически достоверных отличий от 2 группы.

Заключение. Таким образом, сформированный для каждого домена комплекс субъективных и объективных, измеряемых в баллах, параметров оценки функции у детей с ХП, унифицированных посредством МКФ, позволил анализировать эффективность СКР, как в целом, так и отдельных контролируемых параметров заболевания.