гормонометрических показателей с использование меры Кульбака.

Таким образом, имеются особенности клинических проявлений пиелонефрита в подростковом периоде, возможно связанные с наличием гормонального дисбаланса, требующего определенной терапевтической коррекции и обязательного наблюдения врачом-гинекологом.

Комплексная этапная реабилитация детей с хроническим пиелонефритом

Е.М. Резцова, А.В. Папаян, Т.А. Кремринг
г. Киров

Микробно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы у детей, занимая в последние десятилетия первое место, заставляют искать новые, более эффективные пути восстановительной терапии детей, страдающих хронической инфекцией МВП. Применение только медицинской реабилитации, не учитывающей психологической коррекции, лечебной педагогики, семейной психотерапии, не всегда приносит позитивные результаты.

Под нашим наблюдением находилось 75 детей с хроническим пиелонефритом. Реабилитационные мероприятия начинались в условиях стационара и включали в себя, кроме ведущей медикаментозной терапии, кинезитерапию, физиотерапию, фитолечение, лечебную педагогику. 86,7% детей прошли полную комплексную реабилитацию с составлением реабилитационной программы на всех этапах восстановительной терапии и оценкой эффективности проведения мероприятий. После стационарного либо амбулаторного (в 15 случаях) лечения острого периода дети поступали на амбулаторно-поликлинический этап реабилитации, который проходил в основном (80%) в условиях детской поликлиники либо (20%) в местном санатории, где исключалась дополнительная нагрузка по адаптации к климатическим условиям.

Все дети находились под наблюдением нефролога, проходя комплексную оценку состояния здоровья не реже 2 раз в месяц (по показаниям чаще), были осмотрены ЛОР-врачом и стоматологом и проведена терапевтическая санация хронических очагов инфекции, офтальмологом, часть детей осмотрена гинекологом и урологом. У значительного процента детей (83%) были выявлены жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, которые чаще затрагивали гепатобилиарную систему и кишечник, коррелирующие с высевом *E. coli*. В систему реабилитации были включены ферменты, эубиотики, желчегонные травы, препараты, улучшающие пристеночное пищеварение, мембраностабилизаторы. В 26,6% пролечен выявленный дисбактериоз.

На втором этапе реабилитации все дети получали поддерживающую терапию препаратами фурадонинового ряда от 1 до 3 месяцев в зависимости от тяжести поражения и устойчивости микроорганизмов, витаминотерапию, фитотерапию, в которую, кроме общеизвестных сборов, были включены расторопша пятнистая, морозник пурпурный. Проводилась кинезитерапия методом ЛФК, дыхательная гимнастика по Стрельниковой. Учитывая длительно сохраняющиеся изменения иммунитета (особенно клеточного звена) и частые респираторные заболевания в этой когорте детей, всем назначалась индивидуальная иммунокорректирующая терапия тимогеном, дибазолом, иммуналом или эхиноцеей, метилурацилом или неоселеном, практически всем детям пришлось проводить несколько курсов такой терапии со сменой препарата. Широко использовалась иммуностимулирующая терапия настойкой овса, женьшенем, аралией, заманихой и другими травами. Детям с часто рецидивирующими вирусными и бактериальными инфекциями при снижении интерфероновой активности крови проводились курсы виферона (в свечах), реоферона. Части детей был назначен демифосфон или ксидифон с целью мембраностабилизации. Продолжалась терапия расстройств желудочно-кишечного тракта.

При проведении психологического тестирования выявлены проблемы, касающиеся в основном нарушений в общении и снижении самооценки у длительно и часто болеющих детей, концентрирования внимания на болезнь ребенка у родителей. Эти данные предопределили проведение психокоррекции в однородных возрастно-половых группах и индивидуально. Подобные проблемы встретились и на следующем этапе реабилитации – социальном, где на первый план в терапии вышли психолого-педагогические реабилитационные мероприятия.

Проведение этапной комплексной реабилитации с учетом эффективности терапии, оценкой реабилитационного потенциала, включением не только медицинских, но и педагогических и психологических мероприятий дает больший эффект восстановительной терапии, длительную фазу ремиссии и уменьшение числа обострений и острых респираторных заболеваний у детей. Позволяет родителям с другой точки зрения посмотреть на проблему болезни, учитывающей и психологический климат в семье, увеличивает эффективность комплексной восстановительной и противорецидивной терапии у детей с хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы.