

сти костей должно проводиться в том случае, если длительность аменореи более 6- 12 месяцев. Заметим, что большинство тестов нормальны у большинства пациентов с расстройствами питания, что не исключает серьезной болезни или патологических нарушений у этой группы пациентов.

Реакция пациента на заболевание, отвергание проблем и характер отношения к лечению и выздоровлению может влиять на проявления заболевания.

Несколько терапевтических решений должно быть принято вслед за первичным обследованием, включая вопрос о том, где и кто будет лечить пациента. Пациенты с минимальными проявлениями недоедания, несущественными медицинскими и психологическими проблемами и быстро поддающиеся лечению, могут лечиться непосредственно в поликлинике у педиатра под одновременным наблюдением психотерапевта. Задача педиатра состоит в медицинских и диетических мероприятиях во взаимодействии с персоналом, осуществляющим психотерапевтические мероприятия, чтобы обеспечить психологическую и психиатрическую помощь. Педиатры, которые не чувствуют себя достаточно уверенно в медицинских и психологических аспектах лечения могут направить пациента на стационарное лечение уже на начальных этапах. Более тяжелые случаи требуют привлечения к лечению многопрофильной команды, которая может работать амбулаторно, в стационаре и в дневном стационаре.

Список использованных источников:

1. Troiano, R.P. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics / R.P. Troiano, K.M. Flegal // Pediatrics. – 1998. – Vol. 101(suppl). – P. 497-504
2. Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder? / G.C. Patton [et al.] // J Child Psychol Psychiatry. – 1997. – Vol. 38. – P. 299-306/
3. American Psychiatric Association, Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision) // Am J Psychiatry. – P. 2000. Vol. 157 (1 suppl). – P. 1-39.

## **РОЛЬ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ**

***Врублевская Е.Л., Парамонова Н.С., Сеница Л.Н.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
2-я кафедра детских болезней*

В патологии детского возраста заболевания мочевой системы занимают одно из ведущих мест. В структуре общей заболеваемости микробно-

воспалительная патология органов мочевой системы занимает второе место, уступая в этом отношении лишь острым инфекциям дыхательных путей [1]. Начало заболевания часто приходится на первый год жизни и, как правило, протекает в виде острого пиелонефрита. Частота инфекции мочевых путей (ИМС) у доношенных новорожденных составляет 1%; у недоношенных детей она значительно возрастает – до 4-25% [2].

**Цель исследования:** установить частоту встречаемости и анализ динамики мочевого синдрома у доношенных и недоношенных новорожденных, определить ведущие факторы риска развития заболеваний мочевой системы.

**Материал и методы:** Дети, включенные в исследование, родились в 20010–2011 г. в г. Гродно. Возраст обследуемых составил от 14 дней до 3 мес. Срок наблюдения до 18 мес. В основную группу вошли 150 новорожденных, в группу сравнения – 20 младенцев. Основными критериями отбора в группу сравнения были физиологическое течение беременности и родов, отсутствие пороков развития мочевой системы плода и новорожденного (по данным УЗ-исследования). Новорожденные основной группы были разделены на 3 подгруппы: в первую (1а) были включены 50 детей с антенатально выявленными изменениями со стороны мочевыводящих путей (пиелозктазия, гидронефроз), во вторую подгруппу (1б) - 50 младенцев, у матерей которых были выявлены заболевания урогенитального тракта, гестационный пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита.

Третью подгруппу составили 50 детей, которые родились от матерей с осложненным течением беременности (фетоплацентарная недостаточность, длительно текущие гестозы, угроза прерывания беременности).

При выполнении данной работы нами были проведены традиционные лабораторные исследования: общие анализы крови и мочи; биохимический анализ крови (мочевина, рН, креатинин, общий белок, электролиты); микробиологическое исследование мочи, крови у новорожденных; мочи, крови и мазков из влагалища матерей из групп перинатального риска; инструментальные методы исследования (ультразвуковое исследование мочевой системы) через 48 часов после рождения, затем в возрасте 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Мочевой синдром был выявлен у новорожденных от матерей из групп перинатального риска (основная группа обследуемых) в 61% случаев (92 ребенка), в группе сравнения - у 2 (10%) новорожденных. В первой подгруппе (новорожденные с внутриутробно выявленной пиелозктазией) мочевого синдром был отмечен у 27 (54%) детей; во второй подгруппе (новорожденные от матерей с инфекционным анамнезом) – у 26 (52%); в третьей подгруппе (новорожденные от матерей с осложненным течением беременности) – у 39 (78%) детей.

У детей из группы сравнения изменения в моче отмечались однократно в течение первой недели и были расценены как «транзиторный»

мочевой синдром. В дальнейшем, на первом году жизни, повторных изменений в общем анализе мочи не отмечалось.

Установлено, что у 88% обследованных новорожденных имело место сочетание неблагоприятных ante- и интранатальных факторов риска развития заболеваний мочевой системы. Одним из факторов внутриутробного инфицирования плода являлись заболевания почек и мочевыводящих путей (хронические пиелонефриты, циститы) у матерей, отмеченные во второй подгруппе обследованных у 88% женщин, что было достоверно чаще ( $p < 0,001$ ), чем у матерей в третьей (23% случаев) и первой (10%) подгруппах. У 86% матерей с нарушениями фетоплацентарного комплекса 60% детей имели мочевой синдром. Была зафиксирована прямая корреляционная зависимость ( $r < 0,8$ ) между сочетанием воспалительных изменений в плаценте и нарушениями фетоплацентарного комплекса у матерей и развитием мочевого синдрома у новорожденных в виде протеинурии, лейкоцитурии, гематурии, бактериурии.

Выявлена достоверная прямая корреляционная взаимосвязь ( $r < 0,7$ ) между гестационным возрастом новорожденных при рождении и наличием у них мочевого синдрома. У доношенных новорожденных мочевой синдром отмечался в 33% наблюдений, у недоношенных - в 67% случаев. При этом у недоношенных новорожденных мочевой синдром диагностировался в 13% случаев при I степени недоношенности (срок гестации - 35-37 нед.), в 35% - при II степени недоношенности (срок гестации - 32-34 нед.) и в 71% случаев - при III степени (срок гестации - 29-31 нед.).

Пренатально выявленная пиелозктазия (первая подгруппа основной группы) была подтверждена постнатально у 21 (42%) новорожденного. По данным ультразвукового исследования пренатально и постнатально выявленной пиелозктазии, установлено, что в 23,8% случаев пиелозктазия носила обструктивный характер, в 76,2% случаев была функциональной.

При анализе динамики постнатальной пиелозктазии выявлено, что при повторных УЗ-исследованиях доношенных детей в возрасте 3 месяцев пиелозктазия сохранялась у 18 (85,7%) детей, в возрасте 6 месяцев - у 8 (38%) и в возрасте 12 месяцев - у 4 (19%) детей. У недоношенных новорожденных при обследовании в возрасте 3, 6 и 12 месяцев пиелозктазия сохранялась соответственно у 22 (92,6%), у 12 (42%) и у 6 (20%) младенцев. При контроле общего анализа мочи у доношенных новорожденных в первой подгруппе на фоне пиелозктазии мочевой синдром был выявлен в возрасте 3 месяцев у 16,6% детей, в 6 месяцев - у 37,5%, в 12 месяцев - у 100%. У недоношенных новорожденных мочевой синдром сохранялся в возрасте 3, 6 и 12 месяцев соответственно у 68%, у 50% и 65% ( $p < 0,01$ ).

Установлено, что продолжительность мочевого синдрома, представленного протеинурией, лейкоцитурией и гематурией, на первом месяце жизни у новорожденных в первой подгруппе (дети от матерей с внутриутробно выявленной пиелозктазией) составляла от 3 до 5 дней (в среднем 3,2 дня). У новорожденных второй подгруппы (дети от матерей с инфекцион-

ным анамнезом) мочевого синдрома наблюдался в течение 3-7 дней (в среднем 3,5 дня); у новорожденных в третьей подгруппе (дети от матерей с осложненным течением беременности) - от 7 до 10 дней (в среднем 8 дней).

При изучении катамнеза детей с наличием мочевого синдрома в неонатальном периоде отмечено, что в первой подгруппе обследованных детей диагноз «инфекция мочевой системы» был установлен у 12 (24%) детей. При этом 10 из них диагноз был выставлен в неонатальном периоде; 3 имели повторные эпизоды инфекции в течение первого года жизни. Трем детям этой подгруппы был выставлен в возрасте до 8 месяцев диагноз «острый пиелонефрит»; у 5 человек (25%) подтвердилось наличие пороков развития в виде пиелоэктазии – у 3 (20%) детей и гидронефроза – у 2 (5%) детей. Во второй подгруппе у 8 (16%) детей диагностирована инфекция мочевой системы, из них 7 (14%) новорожденным диагноз был поставлен в неонатальном периоде. Трое детей этой подгруппы в течение первого года жизни имели повторные эпизоды инфекции в виде мочевого синдрома без клинических проявлений; у двух детей был диагностирован острый пиелонефрит. В третьей подгруппе инфекция мочевой системы (ИМС) была диагностирована у 14 (26%) детей. Из 32 недоношенных новорожденных, перенесших в раннем неонатальном периоде ишемическую нефропатию, диагноз ИМС был установлен у 7 детей в течение первого года жизни. У 4 детей данной подгруппы был диагностирован острый пиелонефрит, протекавший с выраженной клинической картиной и мочевым синдромом в виде лейкоцитурии, протеинурии и кристаллурии.

Таким образом, проведенное обследование позволило сделать следующие выводы:

1. Мочевой синдром выявлен у 61% новорожденных от матерей из групп перинатального риска, причем достоверно чаще (в 78% случаев) при осложненном течении беременности. Установлена обратная корреляционная зависимость между гестационным возрастом новорожденных при рождении и наличием у них мочевого синдрома.

2. Основными факторами риска развития заболеваний мочевой системы новорожденного являлись срок гестации, хроническая внутриутробная гипоксия плода как результат фетоплацентарной недостаточности, асфиксия новорожденного и перинатальные расстройства уродинамики.

Литература:

1. Зенченко О. А. Структура патологии органов мочевой системы у новорожденных детей / О. А. Зенченко // Молодежь – Барнаул: материалы науч.-практ. конф. – Барнаул, 2005. – С. 246-247.

2. Панина, О.С. Мочевой синдром у новорожденных / О.С.Панина // Молодые ученые - здравоохранению региона: Материалы науч.-практ. конф. - Саратов, 2005. - С. 142.