

Значимыми факторами риска, влияющими на состояние здоровья юных женщин во время родов были: перенесенная экстрагенитальная патология, наследственная отягощенность, перенесенные вирусные инфекции, перенесенная генитальная патология, неблагоприятный психологический микроклимат в семье.

Наибольшее влияние на течение послеродового периода оказывали следующие факторы: возраст матери до 15 лет, низкие адаптационные возможности юной женщины, неполная семья.

Следовательно, у несовершеннолетних течение беременности и родов определяется состоянием здоровья, а состояние здоровья непосредственно зависит от течения беременности и родов и находится в прямой зависимости от факторов риска. Причем по своей значимости на этих этапах биологические факторы превалировали над социальными и гигиеническими, что важно учитывать при составлении профилактических мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШЕСТИЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА С ППДНС И РАННИМ МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ

В.Л. Зеленцова

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

В период проведения единой диспансеризации детей России нам представилось интересным исследовать состояние здоровья одной из декретированных групп (дети 6 лет) с целью проведения оценочной экспертизы и определения готовности к началу обучения в школе. Все дети перенесли в раннем возрасте перинатальную травму нервной системы и нефропатию.

Комплексно было обследовано 42 ребенка (29 девочек и 13 мальчиков), проживающих на территории 5 районов г.Екатеринбурга. При этом использовались анкетирование родителей, данные ф. 112 У. Клинико-лабораторно-

инструментальное обследование проводилось на базе городского диагностического центра г.Екатеринбурга.

Данная группа пациентов была выбрана в качестве своеобразного контроля при оценке течения и исхода нефрологического процесса у детей с ППЦНС. Это было обусловлено тем, что дети данной группы с неврологическим диагнозом, поставленным на уровне родильного дома наблюдались на педиатрическом участке, как правило, формально. К году диагноз ППЦНС был снят.

Экспертная оценка медицинских документов показала, что мочевого синдром обычно регистрировался с 3-9 месячного возраста. В то же время диагноз нефропатии был верифицирован у 82% (34 ребенка) в возрасте 4-6 лет. По данному заболеванию дети наблюдались и реабилитировались хаотично. Группу сравнения составили дети трехлетнего возраста (40 человек) с ППЦНС и нефропатией раннего неонатального периода, наблюдавшиеся по отработанной нами схеме.

Таблица 1

Распределение детей по нефрологическому диагнозу (в%)

Диагноз	ГН	ТНН	ДМН	Хронический вторичный пиелонефрит – 22 (52,4%)				НДМ
				Гипоплазия 1-2 почек	Нефроптоз	ПМР 1-3 ст.	Дизэмбриогенетическое повреждение почек	
Число детей	1 (2,4%)	5 (11,9%)	14 (33,3%)	6	3	6	7	15 (35,7%)

У 6 пациентов отмечались сочетанные поражения.

Нарушения функции почек, на момент обследования были выявлены у 4 детей с оформленной по нефрологическому диагнозу инвалидностью (2 пациента с вторичным пиелонефритом на фоне гипоплазии почек, 1 – с рефлюкс-нефропатией, 1 – с гидронефрозом).

Данные анамнеза свидетельствовали о том, что наследственность детей была достоверно чаще отягощена патологией почек ($p < 0,001$), в том числе, МКБ ($p < 0,05$), сердечно-сосудистой патологией ($p < 0,05$), аллергическими заболеваниями.

Аntenатальный период, а также интра- и постнатальный данной группы пациентов протекали с высокой частотой факторов риска (рис. 1).

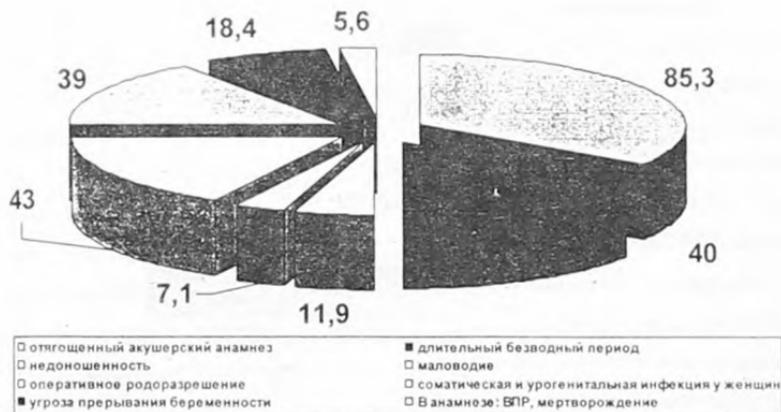


Рис. 1. Факторы риска перинатального периода у обследованных детей (%)

Родилось недоношенными 8 детей (19%), с СЗВРП – 19 (45,2%).

Все дети находились на грудном вскармливании менее 3 месяцев. Что подчеркивает роль раннего искусственного вскармливания в развитии обменных нарушений.

Высокий инфекционный индекс регистрировался у 32 детей (76%).

Сочетанность поражений с органами ЖКТ отмечалась у 29 детей (69%). На момент обследования у 95% наблюдались проявления хронической интоксикации: кожа бледная, сухая, неравномерно окрашенная, периорбитальный цианоз.

Отставание в физическом развитии регистрировалось у 71% (30 детей). Ожирение – у 4 (9,5%). При объективном обследовании у 84,3% пациентов выявлено 5 и более, внешних малых аномалий развития (рис.2).

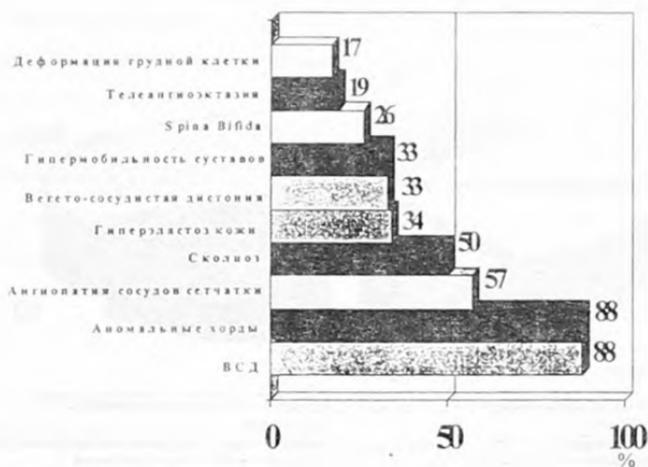


Рис 2. Диспластические признаки у обследованных детей

Наиболее часто встречались: высокое небо, гипертелоризм сосков, сандалевидная щель. У 37 детей отмечались проявления вегетососудистой дистонии (88%); у всех обследованных – энурез. У большинства детей с числом внешних аномалий >5 наблюдались различные соматические аномалии, сочетавшиеся с функциональными нарушениями: аномалии строения и расположения почек и ренальных сосудов (38% и 6%). Асимметрия накопления радиофармпрепарата и обструктивный тип кривой по данным радиологических исследований отмечен у 24% обследованных. Ангиопатия сосудов сетчатки диагностирована окулистом у 57%. В структуре нефрологических диагнозов у обследованных преоб-

давал обструктивный пиелонефрит – 43%. При этом, среди причин обструкции аномалии органов мочевой системы, повышенная подвижность почек составляли 30%; ПМР – 33,5%; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – 32,5%; гидронефроз – 5,5%.

На момент обследования у 18 детей показатели общего анализа крови и протеинограммы свидетельствовали об умеренной активности процесса. У 28 (66,7%) пациентов отмечались проявления анемии.

Мочевой синдром регистрировался у 73% (31) обследованных.

Анализ данных иммунологических исследований у больных обструктивным пиелонефритом и тубулоинтерстициальным нефритом свидетельствовал о тенденции к снижению уровня сывороточных Ig M в пределах от 0,4 до 2,4 г/л, составляя в среднем $1,2 \pm 0,15$ г/л и $1,5 \pm 0,141$ г/л соответственно. Отмечены достоверно высокие показатели Ig G: $15,2 \pm 0,85$ г/л и $12,9 \pm 1,83$ г/л ($p < 0,01$). У отдельных больных были сниженными все классы Ig. Выявлено достоверное снижение Т-лимфоцитов ($p < 0,05$), тенденция к уменьшению хелперного/ Т-супрессивного коэффициента ($p < 0,01$). В то же время отмечалось увеличение О-супрессивного коэффициента ($p < 0,01$). В параллели регистрировалось увеличение О-лимфоцитов ($1,8 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ и $1,9 \pm 0,171 \times 10^9/\text{л}$ соответственно, $p < 0,01$). Наблюдалась тенденция к увеличению уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Данные показатели явились дополнительным подтверждением активного вяло текущего воспалительного процесса, в то время как состояние пациента расценивалось родителями и участковыми врачами как стабильное удовлетворительное.

Исследование функционального состояния почек выявило снижение уровня клубочковой фильтрации ниже $70 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$ у 5 пациентов с ПН и ТИН.

Нарушения циркадного ритма мочевыделения по пробе Зимницкого, проявляющиеся тенденцией к никтурии ($p < 0,05$), отмечались у 32% детей. Концентрационная функция почек достоверно страдала чаще у пациентов с ТИН.

Установлено значимое преобладание гипорекфлекторного варианта нейрогенной дисфункции мочевого пузыря ($p < 0,05$) у обследованных детей.

По данным урофлоуметрического обследования у 69% (29) пациентов регистрировалось снижение средней скорости потока мочи с сопутствующим снижением максимальной скорости мочеиспускания в 12% случаев. Остаточный объем мочи у 13 детей (31%) составлял $61 \pm 12 \text{ см}^3$.

Выявление у обследованной группы детей шестилетнего возраста симптомокомплекса, включающего синдром императивного мочеиспускания (поллакиурия, уменьшение среднеэффективных объемов, императивные позывы, недержание мочи), данные урофлоуметрии позволило сделать предположение о наличии у них детрузорно-сфинктерного дисбаланса. При этом гиперрефлекторные дисфункции были единичны, что очевидно свидетельствует об уменьшении значимости в данной возрастной группе такого фактора, как незрелость микционных центров спинного мозга.

Немаловажную роль в развитии микционной недостаточности на фоне дисфункции мочевого пузыря играет состояние вегетативного тонуса и центральной нервной системы.

Синдром малых мозговых дисфункций был диагностирован у 35 (83%) детей. Он сочетался с миотоническим синдромом и неврозом навязчивых движений (61,9%). У 35,7% обследованных на основании клинических проявлений и данных РЭГ выявлена мозговая гипертензия.

При проведении кардиоинтервалографии нормальный вегетативный тонус определялся у 7 пациентов (16,7%). Ваготония у 15 (35,7%). Гиперсимпатикотония у 20 (47,6%) детей.

После нагрузочной пробы регистрировался дисбаланс реакций (гиперсимпатикотония – асимпатикотония, гиперсимпатикотония – симпатикотония, ваготония – симпатикотония, эйтония – ваготония и др.).

Ультразвуковое исследование позволило выявить аномалии ОМС и их положения у 1/3 обследованных, гидронефротическую трансформацию одной

почки – у 5,5%, у 6 детей (14,3%) – малые относительно возрастных размеры одной (двух) почек.

Радиологическое исследование у детей с маленькой почкой зафиксировало удлинение времени полувыведения радиофармпрепарата ($27,06 \pm 2,1$ мин.), снижение реноиндекса ($28,0 \pm 3,1\%$).

Результаты нагрузочной пробы с фуросемидом под контролем ультразвуковой биометрии показали, что площадь паренхимы гипоплазированной почки в течение всего исследования ниже исходной, что возможно определялось особенностями ренального кровотока.

Для оценки адекватности кровоснабжения почек использовали индекс резистентности – RI, характеризующий величину сосудистого сопротивления. Показатели RI у детей с ПН, ТИН и ГН составили $0,72 \pm 0,13$ и были достоверно выше, чем у детей с ДМН и НДМП, где $RI = 0,62 \pm 0,08$ ($p < 0,05$).

Уровень β_2 МГ в первой подгруппе так же превышал нормальные показатели, составляя $1581,4 \pm 400,1$ НУ/Л. У детей при отсутствии воспалительного процесса этот показатель составлял $780,6 \pm 101,01$ НУ/Л ($p < 0,05$).

Дополнительно в обеих подгруппах была получена прямая корреляционная зависимость между степенью резистентности сосудов и нарушением функции почечного эпителия проксимального отдела канальцев: 1 п/гр $r = 0,56$; $p < 0,01$; 2 п/гр $r = 0,37$; $p < 0,05$.

Таким образом, данные показатели следует рассматривать как одни из наиболее достоверных в ходе оценки оспаления нефрона (не зависимо бактериальной или абактериальной природы).

Подводя итог следует отметить, что дети шестилетнего возраста с ППЦНС в анамнезе, и ранним мочевым синдромом формируют различные варианты нефропатий с преобладанием бактериального ИН (42,9% пациентов). При этом регистрируется атипичное течение заболевания с отсутствием ярких клинических проявлений, что затрудняет своевременность диагностики. Выражены уродинамические нарушения за счет детрузорно-сфинктерного дисбаланса с

формированием функциональных нарушений вплоть до инвалидизации пациента (4 ребенка – 9,5%). Все перечисленное в сочетании с остаточными проявлениями неврологического процесса, вегетативными дисфункциями должно быть учтено в ходе диспансеризации при подготовке ребенка к обучению в школе.

О РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ

С.П. Каплина, Н.Н. Ильина, А.М. Попова, Н.В. Сызганцева

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Организация неонатологической службы в амбулаторно-поликлинических условиях – актуальная задача в современных условиях, в связи с ухудшением показателей здоровья новорожденных на фоне низкой рождаемости, отсутствием научно обоснованной концепции реабилитации новорожденных с полиорганной симптоматикой в условиях поликлиники.

Для региона с ограниченным уровнем социальной и медицинской инфраструктуры особую значимость имеет поиск эффективных форм реабилитации младенцев с высоким риском по смертности и неблагоприятным прогнозом по развитию. Целью настоящего исследования являлась отработка форм восстановительного ведения детей с перинатальными энцефалопатиями.

Для выполнения поставленной цели нами в течение последних 3 лет (1997-1999) проведено оздоровление 237 детей раннего возраста. Создана для этой цели рабочая группа в составе неонатологов observationalного роддома, отделения патологии новорожденных городской больницы, заведующих отделениями раннего возраста поликлиник и восстановительного центра под методическим руководством сотрудников кафедры ФУВ. Осуществлялось динамическое катанестическое наблюдение детей всеми сотрудниками группы на основе сотрудничества с родителями, заинтересованными в укреплении здоровья