

МАКОВЕЦКАЯ Г.А., МАЗУР Л.И., БАРИНОВ В.Н., ТЕРЕХИН С.С.

613.952

Самарский государственный медицинский университет,
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, г. Самара

Ретроспективный анализ и исходы уро- и нефропатий с дебютом в периоде новорожденности и грудном возрасте

Цель исследования: Оценить особенности дебюта, течение и исходы уро- и нефропатий у новорожденных и детей грудного возраста на основе ретроспективного анализа.

Материалы и методы исследования. 750 больных в возрасте от рождения и до одного года, пролеченных в отделении нефрологии, гемодиализа, урологии. Дети были с врожденной, наследственной и приобретенной патологией органов мочевой системы (ОМС), гемолитико-уремическим синдромом (ГУС), острой и хронической почечной недостаточностью (ОПН, ХПН). Ретроспективный анализ охватывает период от одного года до пятнадцати лет. Проанализирована медицинская документация стационара, поликлиник.

Полученные результаты и их обсуждение. В современных условиях отработаны тактика пренатальной диагностики ВПР и этап постнатального скрининга. В 56% случаев пороки развития выявлены пренатально. В консультации уролога нуждается 60% беременных женщин с выявленными пороками развития плода. Однако на элиминацию плода с тяжелым ВПР родители соглашались редко. В результате происходит рождение ребенка с двусторонним мегауретерогидронефрозом, который практически с рождения выходит в ХПН. В структуре причин ХПН более 70% составляют дети с ВПР ОМС. Ранний дебют ВПР случается только при обструктивных уропатиях. При гипо- и дисплазии почек существует латентный период, и манифестация происходит к 6-7 годам, когда разовьются признаки ХПН. Из общего количества детей с ВПР в ХПН в последние годы вышли только единицы из них, что мы объясняем ранним выявлением ВПР, проведением их коррекции. Однако у многих пациентов с ВПР развивается хроническая болезнь почек (ХБП), которая нередко протекает латентно и выявляется при специальных исследованиях. Прогрессирование в ХБП отмечено у 10% пациентов с единственной почкой после нефрэктомии контрлатеральной почки по поводу обструктивных уропатий, пузырно-мочеточникового рефлюкса.

У новорожденных и детей грудного возраста, пролеченных в отделении нефрологии, преобладают инфекции мочевых

путей (до 80%). Чаще документируется пиелонефрит. По нашим наблюдениям, хронический пиелонефрит преимущественно вторичного характера. Особый контингент — дети с ГУС, ОПН. Как показали наши исследования, в 96% случаев наблюдается типичный диарейный тип синдрома. Выход из этих синдромов нередко в ХБП, поскольку длительно сохраняется микропротеинурия, гипотенурия, у 10% гипертензия. Дети нуждаются в длительной диспансеризации. ОПН у новорожденных наблюдается также на фоне дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, ишемически-гипоксических повреждений центральной нервной системы, гнойно-синтетических заболеваний, редко на фоне тромбоза сосудов почки. Наш опыт показывает, что стандартный гемодиализ и даже перитонеальный диализ имеют ограничения в этом периоде жизни. В то же время продолженные методы заместительной почечной терапии приводят к достижению цели. В структуре патологии почек у новорожденных до 18% составляют так называемые гипоксические нефропатии, которые в отсутствие признаков ОПН проявляются мочевым синдромом. В отдаленном прогнозе у некоторых из них не исключается развитие ХБП при дополнительных неблагоприятных воздействиях на почку. Существует множество пограничных состояний почки новорожденного, имеющих транзиторный характер с хорошим прогнозом.

Заключение. В последние годы преобладает раннее выявление ВПР ОМС у детей за счет пре-, постнатального скрининга, что улучшило прогноз и уменьшило их выход в ХПН. Развитие заместительной почечной терапии резко снизило летальность детей от ОПН и ХПН. Проблемой номер один следует считать развитие ХБП у детей раннего возраста и ее профилактику; лечение врожденного и инфантильного нефротического синдрома. Приобретенная патология в основном проявляется инфекцией мочевых путей и имеет позитивный прогноз. Нуждаются в специальных исследованиях особенности патологии ОМС при глубокой незрелости родившегося ребенка с экстремально низкой массой тела.