

УДК 618.2:616.61-002.3-056.716]:612.648

**КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА, МАТЕРИ КОТОРЫХ В ПЕРИОД
БЕРЕМЕННОСТИ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ***Т.С. Шерешик¹; Л.Ст. Бут-Гусаим², к.м.н.; Н.Г. Малышко³;**Л.Н. Шейбак¹, д.м.н., доцент*¹ - УО «Гродненский государственный медицинский университет»² - УЗ ГК скорая медицинская помощь³ - Гродненская областная детская клиническая больница

Целью исследования явился анализ влияния острого гестационного пиелонефрита у женщин на течение ранней неонатальной адаптации у новорожденных детей, а также оценка здоровья этих детей в возрасте до года. Проведён анализ 50 историй развития новорождённых и 49 карт развития детей (ф.112у), матери которых перенесли атаку острого пиелонефрита в различные сроки беременности и находились на стационарном лечении в урологическом отделении БСМП г. Гродно. Дети от матерей, перенесших в период беременности острый пиелонефрит, имеют нарушения адаптации в ранний неонатальный период. Выявленные нарушения соматического статуса в раннем детском возрасте предполагают необходимость коррекции роста и развития в возрасте до 1 года. Профилактика и своевременное лечение острого пиелонефрита у беременных является залогом снижения частоты акушерских осложнений и определяет здоровье детей в последующие периоды жизни.

Ключевые слова: здоровье, дети, гестационный пиелонефрит, женщина.

The purpose of the investigation was to analyze the effect of acute gestational pyelonephritis in women on early neonatal adaptation as well as to evaluate health status of these children during the first year of life. We have analyzed 50 newborns' histories and 49 growth charts of the children (Form 112y) whose mothers were subjected to an attack of acute pyelonephritis at different gestation periods and received in-patient treatment at the Department of Urology of Grodno Emergency Hospital. The children born from mothers who had acute pyelonephritis during pregnancy manifest impaired adaptation in early neonatal period. The revealed somatic disorders of early infancy require growth and development correction during the first year of life. Prevention and timely treatment of acute pyelonephritis in pregnant women contribute to the reduction of fetal pathology and healthy growth and development of the children in later years.

Key words: health, children, gestational pyelonephritis, women.

За последние годы отмечается прогрессирующий рост инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у женщин. Особенно актуальны эти проблемы с позиций современного акушерства и перинатологии. Частота данной патологии занимает второе место (после анемии) в структуре экстрагенитальных заболеваний беременных [5, 6]. Изменения со стороны мочевыводящей системы, следствием которых является гормональная перестройка с преобладанием секреции прогестерона, ведет к расслаблению гладкой мускулатуры матки, мочевого пузыря, мочеточников, расширению чашечно-лоханочной системы, нарушению кровообращения в почке и лоханках – предрасполагают к возникновению острого пиелонефрита [3]. Перинатальным осложнением острого пиелонефрита является возникновение внутриутробной гипоксии и инфицирование плода.

Целью исследования явился анализ влияния перенесенного острого гестационного пиелонефрита у женщин на течение ранней неонатальной адаптации у новорожденных детей, а также последующая оценка здоровья этих детей в возрасте до года.

Материалы и методы

Проведён анализ 50 историй развития новорождённых и 50 карт развития детей (ф.112у), матери которых перенесли атаку острого пиелонефрита в различные сроки беременности и находились на стационарном лечении в урологическом отделении БСМП г. Гродно.

Результаты и обсуждение

Все беременные женщины при развитии острого пиелонефрита были госпитализированы в урологическое отделение, где диагноз был выставлен на основании клинической картины, лабораторного обследования, резуль-

татам бактериологических посевов и данным УЗИ. Основными клиническими проявлениями пиелонефрита были тянущие боли в пояснице на стороне поражения, повышение температуры тела, дизурические явления.

Первичный пиелонефрит был отмечен у 27 женщин (54%), вторичный – у 23 (46%). Критический срок беременности для возникновения острого гестационного пиелонефрита составил 23-30 недель. Острый серозный пиелонефрит был диагностирован у 48 женщин (96%), острый гнойный пиелонефрит – у 2 (4%). Нарушение оттока мочи из поражённой почки, по данным УЗИ, имело место у 18 женщин. Кроме острого гестационного пиелонефрита, у женщин исследуемой группы встречались сопутствующие заболевания: анемия (48%), гидронефроз (42%), нефроптоз (8%), угроза прерывания беременности (8%).

Пациентки получали лечение в виде позиционной терапии. Катетеризация лоханки выполнялась 7 женщинам (14%), стентирование – 8 женщинам (12%), в том числе после катетеризации 4 (8%). У 2 (4%) больных лечение оказалось неэффективным и, соответственно, им было выполнено хирургическое вмешательство в виде нефростомии и декапсуляции. Антибиотикотерапия цефалоспоридами I поколения проводилась 20 женщинам (40%), цефалоспоридами III поколения – 15 (30%), антибиотиками пенициллинового ряда – 15 (30%).

Хроническая внутриматочная гипоксия плода и проявления фетоплацентарной недостаточности диагностированы у 9 (18%) женщин, ЗВУР плода – у 1 (2%). Внутриутробное развитие плода происходило на фоне гестоза у 12% женщин.

Анализ течения родов у женщин исследуемой группы показал, что естественное родоразрешение было про-

ведено в 74% случаях, кесарево сечение – в 26%. Родостимуляция энзапростом выполнялась в 20%, амниотомия – 14%. Увеличение плодово-плацентарного коэффициента наблюдалось у 24% женщин. У 19 (38%) женщин произошло преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, в 7 случаях осложнившееся слабостью родовых сил.

В исследуемой группе женщин родились: мальчики – 59%, девочки – 41%. Масса тела у них в среднем составила 3290 ± 87 г, длина тела – $52 \pm 0,4$ см, окружность головы – $34,65 \pm 0,3$ см. Данные антропометрические показатели соответствуют статистическим нормам. Оценка по Апгар при рождении составила $8,0 \pm 0,08$. В общем анализе крови среднее количество лейкоцитов составило $20,64 \pm 1,38 \cdot 10^9$ /л. Лейкоцитоз выше $30 \cdot 10^9$ /л в первые сутки жизни был отмечен у 9 новорождённых. Общий билирубин пуповинной крови составил $35,0 \pm 1,4$ мкмоль/л ($n = 20$), общий белок пуповинной крови – $53,7 \pm 1,60$ г/л ($n = 12$). Каждый пятый ребёнок имел проявление полицитемии в 1-е сутки после рождения, которое расценивалось как компенсация имевшей место хронической внутриутробной гипоксии.

Анализ вида вскармливания в ранний неонатальный период показал, что 52% новорождённых детей находились на грудном вскармливании, 45% – на смешанном и 3% – на искусственном. Таким образом, в исследуемой группе детей имел место ранний перевод на искусственное вскармливание, основной причиной которого являлась гипогалактия в послеродовом периоде у матерей, переболевших острым пиелонефритом во время беременности.

Как правило, ранняя неонатальная адаптация новорожденных сопровождалась физиологической убылью массы тела в среднем до 4,51%, токсической эритемой (17%). Желтушный синдром с колебаниями уровня билирубина от 149 до 273 мкмоль/л в первую неделю жизни наблюдался у 31% новорождённых детей.

Синдром внутриутробного (внутриамниотического) инфицирования, характеризующийся признаками интоксикации (снижение физической активности, мышечная гипотония, гипорефлексия, вялое сосание, большая первоначальная потеря массы тела, пролонгированная желтуха) без существенной органной патологии отмечался у 13 новорождённых детей (26%). Клинические проявления хронической внутриматочной гипоксии в виде мацерации кожи ладоней и стоп, зеленоватого прокрашивания околоплодных вод, повышения нервно-рефлекторной возбудимости отмечалось у 12% детей. Анемия легкой и средней степени тяжести имела место в 8% случаев (4 ребенка). Соответственно, отмеченные проявления нарушения адаптационного процесса новорожденных детей в ранний неонатальный период требовали медикаментозной коррекции. Внутривенная инфузия глюкозы проводилась 25 новорождённым (50%), антибактериальная терапия – 9 (31%), парацетам получали 6 детей (21%), фототерапия в течение 12 часов непрерывным методом выполнялась 21 ребенку. Одновременно с этим, следует отметить, что патологические проявления раннего неонатального периода были невыраженными и купировались на этапе родильного стационара.

Исследование катамнеза показало, что на естественном вскармливании до 1 года находилось 38% детей от матерей с острым пиелонефритом в анамнезе. При этом масса тела у детей исследуемой группы в возрасте 1 год составила 9,3-11,0 кг (55%), что соответствует возрастной норме. При этом у 31% детей имелось превышение должностящей массы тела, и они весили 11,3-13,2 кг. Ос-

тальные 14% детей имели дефицит массы тела и весили в среднем $8,1 \pm 0,5$ кг. Известно, что прибавка массы тела в неонатальном периоде и на первом году жизни является важным фактором, определяющим формирование когнитивных способностей у детей [7].

Увеличение длины тела у 76% детей по достижении 1 года составило $22 \pm 3,5$ см, что соответствует физиологической норме. У остальных детей исследуемой группы длина тела за 1 год увеличилась на $16 \pm 2,6$ см. Окружность головы у детей анализируемой группы в возрасте 1 год составила в среднем 46 см у 38%, 44 см – у 50% и 48 см – у 10% детей. У 1 ребенка наблюдался гидроцефальный синдром с задержкой нервно-психического развития.

В возрасте до 1 года 83% детей исследуемой группы перенесли неоднократно острые респираторные заболевания. В группу часто и длительно болеющих (ЧДБ) попали 12 детей (24%). Соответственно, им проводилась антибактериальная и другая синдромная терапия. Для сравнения, среди детей, матери которых не имели заболеваний в период беременности (по данным поликлинической статистики), группа ЧДБ составила 1,2%.

Одновременно с этим в анализируемой группе отмечалась анемия легкой степени ($Hb100 - 110$ г/л) в 32,7% случаев, экссудативный диатез в виде молочного струпа и гнейса в 14,3%. Инфекция мочевыводительной системы в виде изменений в общем анализе мочи и бактериурии была выявлена у 5 (10%) детей в возрасте до 1 года.

Анализ нервно-психического статуса и развитие моторики у детей, матери которых перенесли в период беременности атаку острого пиелонефрита, показал, что развитие двигательной активности у 38 (76%) детей исследуемой группы к 1 году соответствовал возрастным нормативам. Согласно данным, отмеченным в форме 112у, данные дети начали держать голову в возрасте 1 месяц, сидеть без посторонней помощи в возрасте 6 месяцев, стоять у опоры в возрасте 9 месяцев. Коммуникабельность этих детей в возрасте до 1 года соответствовала средним нормативам. Первые зубы появились в возрасте 4,8 месяца.

Одновременно с этим мы получили высокую частоту неврологических дисфункций в виде синдрома двигательных нарушений и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 12 (24%) детей, т.е. практически у каждого четвертого ребенка, что потребовало планового лечения и наблюдения у невропатолога, проведения своевременных реабилитационных мероприятий. В этой группе детей имело место развитие повышенной или сниженной двигательной активности, мышечного гипотонуса или гипертонуса. Причем, если в неонатальном периоде ведущим неврологическим синдромом являлась гипертонусность, то в последующие месяцы первого года жизни основным неврологическим нарушением, требовавшим коррекции, была задержка моторного развития в сочетании с запаздыванием редукции физиологического мышечного тонуса. Дети данной группы начали сидеть, ползать и ходить позже положенного срока в среднем на 1-1,5 мес. Матери этих детей отмечали наличие у них эпизодов беспричинного беспокойства, немотивированного плача, вздрагивания, нарушений сна. По данным записей специалистов в истории развития детей (форма 112у), у них отмечалось оживление коленных и основных безусловных рефлексов (спинальные автоматизмы). По данным Корневой М.Ю. и соавторов (2005), дети, перенесшие внутриутробное инфицирование, имеют отставание моторного развития на первом году жизни и поздно начинают держать голову, поворачи-

чиваться со спины на бок, самостоятельно сидеть. Одновременно с этим отмечено, что у данной группы детей имеет место задержка темпов речевого развития, игровых навыков, навыков опрятности [1, 2, 4, 5].

Таким образом, дети от матерей, перенесших в период беременности острый пиелонефрит, имеют нарушения адаптации в ранний неонатальный период. Высокая частота отклонений у них в соматическом статусе до 1 года предполагает необходимость коррекции роста и развития в раннем детском возрасте. Профилактика и своевременное лечение острого пиелонефрита у беременных является залогом снижения частоты акушерских осложнений и определяет здоровье детей в последующие периоды жизни.

Литература

1. Авдеева, Т.Г. Изменения в раннем неонатальном периоде как показатель прогнозирования состояния детей первого года жизни / Т.Г. Авдеева // Рос. мед. вести – 1998. – №3. – С.57-61.
2. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз / Ю.И. Барашнев [и др.] // Рос. вестник перинатол. и педиатрии. – 1998. – №4. – С.6-10.

др.] // Рос. вестник перинатол. и педиатрии. – 1998. – №4. – С.6-10.

3. Вартанова, А.О. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток с острым гестационным пиелонефритом / А.О. Вартанова, А.П. Кирюшенков, А.А. Довлатян // Акушерство и гинекология. – 2006. – №3. – С. 13-16.

4. Ильенко, Л.И. Катамнестические наблюдения за детьми, перенесшими перинатальное поражение ЦНС / Л.И. Ильенко, Г.С. Голосная, А.С. Петрухин // Педиатрия. – 1996. – №5. – С. 46-49.

5. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей. / М.Ю. Корнева [и др.] // Рос. вестник перинатол. и педиатрии. – 2005. – №2. – С.48-52.

6. Макаров, О.В. Современные представления о внутриутробном инфицировании / О.В. Макаров, И.В. Бахарева, А.Н. Таранец // Акушерство и гинекология. – 2004. – №1. – С.10-13.

7. Нетребенко, О.К. Отдаленное влияние питания плода и новорожденного на рост, развитие и состояние здоровья. / О.К. Нетребенко // Педиатрия. – 2004. – №4. – С.60-63.

Поступила 29.01.09

План проведения конференций в УО «ГрГМУ» в 2010 году

№ п/п	Тема мероприятия	Время проведения,
1.	Республиканская конференция «Школа остеопороза»	апрель-май
2.	Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные теоретические и прикладные аспекты патофизиологии»	13-15 мая
3.	Республиканская конференция с международным участием «Современные образовательные технологии и методическое обеспечение в высшей медицинской школе»	май
4.	Республиканская конференция с международным участием «Фармакотерапия в кардиологии: достижения и перспективы»	сентябрь
5.	Конференция «Гнойно-некротические поражения стопы при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей»	октябрь
6.	Республиканская конференция «Современные направления в лечении и реабилитации поведенческих и психических расстройств»	октябрь
7.	Республиканская конференция «Актуальные проблемы патологической анатомии» (посвященная 50-летию кафедры патологической анатомии УО «ГрГМУ»)	ноябрь
8.	Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы урологии: симптомы нижних мочевых путей, мужское здоровье»	4-5 ноября
9.	V Гродненские урогинекологические чтения	ноябрь
10.	Республиканская научная конференция «Современные проблемы и перспективы научных исследований и преподавания истории медицины, общественного здоровья и здравоохранения»	25 ноября

Подробная информация о конференциях размещена в Интернете (www.grsmu.by - отдел аспирантуры).