

Российской Федерации эта цифра составляла 5,9.

Установлено, что в 2001 и 2002 годах среди всех причин детской инвалидности доминировали врожденные аномалии, второе место занимали болезни нервной системы, третье – психические расстройства и расстройства поведения. Эти три класса заболеваний являлись главенствующими, на их долю в 2001 году приходилось 62,5%, в 2002 году – 62,9%. Остальные 37,5% в 2001 году составляли 12 классов болезней, причем патологии органов мочевой системы принадлежало 8-е место (3,4% от всей детской инвалидности, по России – 3,1%). В 2002 году заболеваниям мочеполовой системы принадлежало 9-е место среди всех классов болезней, пятое место среди всей соматической патологии детей-инвалидов, следуя за болезнями органов дыхания, эндокринной системы, болезнями уха и сосцевидного отростка, глаза и его придаточного аппарата и болезнями костно-мышечной системы. В РБ зарегистрировано максимальное количество детей-инвалидов вследствие патологии органов мочеполовой системы в возрасте 10–14 лет. Доля инвалидов такого возраста в разные годы колебалась от

46,6% в 2000 году до 37,5% в 2002 году. После проведения первичного освидетельствования среди всех возрастных групп в 2002 году доминирующим был период 0–4 года (36,3%), а также 10–14 лет (26,8%). Выявлено, что за последние годы мальчиков-инвалидов по заболеваниям мочеполовой системы было несколько больше, чем девочек.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что среди соматической патологии инвалидность вследствие болезней органов мочевой системы у детей и подростков, проживающих на территории Республики Башкортостан, имеет высокую распространенность и занимает одно из лидирующих мест.

Раннее выявление заболеваний органов мочевой системы, начиная с неонатального периода, и своевременное проведение корригирующей терапии является резервом снижения детской инвалидности в целом и вследствие болезней органов мочевой системы в частности.

## Клинико-морфологические сопоставления поражений почек у младенцев с гнойно-воспалительными заболеваниями, погибших в раннем неонатальном периоде

**Л.Д. Панова, Н.В. Кузнецова, Л.В. Асеева, Л.И. Вахитова, Д.Ф. Зиятдинова**  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-морфологических параллелей поражений почек у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ), умерших в период новорожденности.

Проведен ретроспективный анализ историй развития, историй болезни, протоколов вскрытия с патоморфологическим исследованием новорожденных, умерших от ГВЗ с проявлениями почечной недостаточности, и младенцев без почечной недостаточности. По нашим наблюдениям у 50% новорожденных детей, прошедших реанимацию, наблюдаются поражения почек, причем на аутопсии они выявляются в 5 раз чаще, чем при жизни. Эти поражения могут не иметь самостоятельного значения, но способны осложнять течение какого-либо патологического состояния перинатального периода.

Нефропатии проявлялись в виде пиелонефрита, острой почечной недостаточности, острого интерстициального нефрита. Острая почечная недостаточность, по нашим наблюдениям, связана с такими причинами, как гипоксия плода и новорожденного, генерализованная инфекция, а также гиповолемия и тромбоз почечных сосудов вследствие ДВС-синдрома. Дополнительными факторами повреждения функции почек у новорожденного могут быть полипрагмазия, использование нефротоксичных медикаментов и перегрузка белковыми препаратами. Действие всех перечисленных механизмов в тяжелых случаях способствует развитию некроза мозгового слоя и некроза сосочков.

Было выявлено несоответствие зрелости плода гестационному возрасту в каждом третьем случае (в группе

сравнения в 11%). Отмечалось уменьшение относительной массы почек к общей массе тела новорожденных. Установлено, что в ходе хронической гипоксии отмечается замедление дифференцировки нефронов с сохранением большого числа рядов почечных телец, с высоким содержанием эмбриональных нефронов – 5% (в группе сравнения  $0,8 \pm 0,3\%$ ). Среди новорожденных с ГВЗ ишемическая нефропатия I (ИН I) развивается у 16,5%, ИН II – у 56,5%, ИН III – у 24,5%. Клинические проявления ИН – отеки различной степени, акроцианоз, «мраморность» кожных покровов, симптом «белого пятна», глухость сердечных тонов (у каждого второго ребенка при ИН II), снижение АД (у 3% детей с ИН I, 17% с ИН II и ИН III). Частота и тяжесть геморрагического синдрома увеличиваются параллельно с нарастанием тяжести ИН (ИН I – 25%, ИН II – 52%, ИН III – 64%).

Таким образом, течение перинатальных нефропатий отличает клинический полиморфизм. В неонатальном периоде нефропатии протекают субклинически, нивелируемые симптомами полиорганной недостаточности, и чаще всего характеризуются смешанным мочевым синдромом и азотемией. Фоном ранней реализации почечной недостаточности является незрелость органов мочевой системы у детей, перенесших сочетанную гипоксию в 71% случаев с уменьшением относительной массы почки, увеличением числа эмбриональных нефронов, замедлением их дифференцировки.