

Каткова Е.В.

**Патология мочевыделительной системы у новорожденных по данным перинатального центра Саратовской области и клиники детской хирургии больницы им. С.Р. Миротворцева***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии**Научный руководитель: к.м.н. Нечаев В.Н.***Резюме**

Актуальность проблемы патологии мочевыделительной системы определяется прогрессирующим ростом числа заболеваний, этиопатогенез которых непосредственно связан с патологией антенатального развития. Большая часть патологии почек формируется в раннем детском возрасте и в пренатальном периоде, когда закладываются основы строения, формирования и функционирования органов. Многие болезни почек в старшем возрасте представляют собой пролонгированную патологию плода и новорожденного. Приблизительно у 50% детей заболевания мочевыделительной системы протекают малосимптомно или вообще на неонатальном этапе не имеют клинических проявлений. В связи с этим заболевания мочевой системы встречаются намного чаще, чем выявляются при статистической отчетности.

**Ключевые слова:** мочевыделительная система, новорожденные**Актуальность**

Большая часть патологии почек, выявленная у детей старшего возраста и взрослых, формируется в раннем детском возрасте и даже в пренатальном периоде, когда закладываются основы строения, формирования и функционирования органов. Многие болезни почек в старшем возрасте представляют собой пролонгированную патологию плода и новорожденного. Приблизительно у 50% детей заболевания мочевыделительной системы протекают малосимптомно или вообще на неонатальном этапе не имеют клинических проявлений [1]. В связи с этим заболевания мочевой системы встречаются намного чаще, чем выявляются при статистической отчетности. Заболевания почек стоят на втором месте в структуре заболеваемости детского возраста после болезней органов дыхания [2]. В Саратовской области в течение последних 10 лет отмечается неуклонное увеличение количества детей с заболеваниями мочевой системы (с 65 до 106 на 1000 детей). Отмечен рост врожденной патологии мочевой системы, которая является одним из самых частых пороков развития у человека. По данным ряда авторов, инфекции мочевой системы варьируют от 0,1% в группе доношенных, до 10% у недоношенных детей [3]. Во многих странах констатируется высокая смертность при данной патологии, до 5 - 6%, а при ОПН - до 20 - 40% [4]. Среди наиболее часто встречающихся аномалий развития мочевыводящего тракта, приводящих к ИМП, выделяют пузырно-мочеточниковый рефлюкс (встречается в 30 - 40% случаев), далее следуют мегауретер, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря [5]. При гидронефрозе инфицирование почки происходит реже. Возрастание числа заболеваний органов мочевой системы у новорожденных детей связывают с увеличением частоты врожденных и наследственно обусловленных нефропатий, увеличением распространенности гинекологических, соматических заболеваний матерей и перинатальной патологии новорожденных, расширением реанимационной помощи, а также улучшением диагностики заболеваний в неонатальном периоде [6].

Актуальность проблемы патологии мочевыделительной системы определяется прогрессирующим ростом числа заболеваний, этиопатогенез которых непосредственно связан с патологией антенатального развития. За последние десятилетия большое количество отечественных и зарубежных публикаций посвящено антенатальному выявлению пороков органов мочевого выделения. Интерес детских урологов к изучению антенатального периода развития пороков мочевыделительной системы, влияния генетических факторов, тератогенных и иммунологических на возникновение пороков мочевыделительной системы. Врожденные пороки развития (ВПР) органов мочевой системы (ОМС) составляют более 50% всех аномалий развития брюшной полости у новорожденных и возникают примерно в 0,5% всех беременностей [7]. Для периода новорожденности характерны такие пороки развития мочевой системы, как агенезия или гипоплазия почек, поликистоз, мегауретер, внутри- и интрапузырная обструкция, пороки развития чашечно-лоханочной системы и структуры почек, кистозные дисплазии. Врожденные пороки МВС возникают вследствие нарушения эмбриогенеза МВС на том или ином этапе внутриутробного развития.

**Цель исследования:** оценка эффективности ранней диагностики и профилактики ВПР МВС на основании обследования детей с патологией МВС, анализ частоты отдельных аномалий развития.

**Материал и методы**

Проанализированы истории болезней новорожденных детей по Перинатальному центру Саратовской области, с патологией мочевыделительной системы за 2014, 2015 годы. Собраны данные о 439 детях, с патологией мочевыделительной системы, переведенных в детское хирургическое отделение КБ им. С.Р. Миротворцева, диагностика, дальнейшая тактика.

**Результаты и обсуждение**

За период 2014-2015 годов в ГУЗ «КПЦ СО» с аномалиями развития и врожденными пороками мочевыделительной системы было выявлено 30 случаев (0,4%). Из них: с пиелоектазиями – 13 детей (43,3%), гидронефрозом – 6 детей (20%), агенезией одной почки 3 (10%), мутикистозом - 3 (10%), мегауретер – 2 (6,6%), удвоением почки – 1 (3,3%), гипоплазией одной почки – 1 (3,3%), гидроцеле -1 (3,3%). Дети были консультированы с детским нефрологом и урологом из ДХК.

Большинство ВПР МВС обнаруживались пренатально, с помощью скрининговой ультразвуковой диагностики. Грубые нарушения развития мочеполовой системы не совместимые с жизнью, потребовали прерывания беременности (из 82 консилиумов по нефро-урологической патологии прервано 15 беременностей).

Таблица 1. Патология мочевыделительной системы новорожденных и детей раннего возраста по данным ДХК КБ им. С.Р. Миротворцева

Аномалия развития	2014 год	2015 год
Гидронефроз	27,6%	22,5%
ПМР	16%	16,8%
Мегауретер	13,9%	10,6%
Гипоспадия	8,4%	13%
Фимоз	8%	10,2%
Пиелозктазия	7,7%	4,6%
Аномалии почек	7,3%	6,3%
Киста почки	2%	0,6%
Уретроцеле	2,4%	2%
Дивертикул, поликистоз	0,7%	0,3%
Агенезия, скрытый пол.член	0,7%	0
Хр.пиелонефрит	0,7%	2,3%
Гипоплазия левой	0	0,3%
НФП	0,3%	1,3%
Эктопия устья в уретру	0,3%	0,6%
Крипторхизм, клапаны задней уретры	0,3%	0,3%
Стеноз мезатуса, конкремент почки, L-образная почка, аплазия левой почки	0,3%	0
Рефлюкс-стеноз	0	0,6%
Уретральный свищ	0	1,6%
Рефлюкс-нефропатия	0	1,3%
Дистопия	0	0,6%
Эктопия левого яичка	0	0,3%
Объемные образования почек	0	0,6%
Сочетанные нарушения тазовых органов	0	0,3%
Нефункционирующая почка	0	1,3%

За 2014-2015 годы через детское отделение хирургии, на базе КБ им С.Р.Миротворцева, прошли обследование и лечение 439 ребёнка, в возрасте до одного года. Нозологическая структура заболеваний представлена в табл. 1

Количество детей с патологией МВС за последние два года увеличилось на (5%). Увеличилось количество детей с пренатально выявленной патологией МВС и количество прерванных беременностей с патологией плода несовместимых с жизнью. За последние годы снизилось количество детей с тяжелой патологией МВС (на 1,3%).

Детей с диагнозами ОПН за указанный временной промежуток выявлено двое в ОРИТН ПЦ и 1 ребенок в ДХК (дисплазия почечной ткани), что говорит о тщательной работе по перинатальной диагностике и по прерыванию беременностей, с диагностированными тяжелыми пороками развития. Умер один ребенок с диагнозом: Дисплазия почек.

По данным отделения катамнеза, с увеличением возраста число обращений к нефрологу в стационар, по поводу нарушений функций мочевого выделения, возрастает, когда к первичным изменениям присоединяются вторичные. При недостаточном обследовании, несвоевременной терапии, патология переходит в тяжелые формы, требующие порой хирургического лечения.

#### Выводы

Количество детей с патологией МВС выросло на 5%, но снизилось количество тяжелых аномалий развития на 1,3%, что говорит об улучшении пренатальной диагностики.

Всем детям, имеющим даже минимальные изменения в анализах мочи - необходима консультация врача специалиста-нефролога или уролога, проведение полного нефрологического обследования с целью раннего выявления заболеваний почек, назначения адекватного лечения или проведения комплекса профилактических мероприятий по предупреждению развития патологии органов мочевой системы. Чем раньше установлен диагноз поражения почек, тем быстрее можно начать правильное лечение и предотвратить развитие почечной недостаточности.

#### Литература

1. Нефрология детского возраста /под ред. В.А.Таболкина, С.В.Бельмера, И.М.Османова. – М.: ИД Медпрактика - М, 2005.- С.46-49.
2. Захарова И.Н. // Нефрология и диализ. – 2001. — №1. – С. 20—23.
3. Сергеева Т. В. // Нефрология и диализ. — 2001. —№ 2. – С. 227—229.
4. Возианов А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. – Киев: Книга плюс, 2002. – С.56-70.
5. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. 2008. -559 с
6. Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей: учеб.-метод. пособие / З.А.Станкевич, А.В.Сукало, Е.С.Зайцева, Н.И.Тур. – Мн.: Технопринт, 2005. С.51-54.
7. Крохина С.А., Сукало А.В. Воспалительные заболевания мочевой системы у детей // Мед. панорама. – 2004. — № 2. – С. 42—44.