

При проведении анализа мочи по Зимницкому олигурия отмечалась у 11 (36,67 %) человек, изостенурия — у 4 (13,33 %) человек, гипостенурия — у 10 (33,33 %) человек, гиперстенурия была у 1 (3,33 %) человека.

При проведении радионуклидной ренографии (РРГ) установлено следующее: экскреторная функция правой почки была замедлена у 2 (6,67 %) человек, экскреторная функция левой почки замедлена также у 2 (6,67 %) человек, экскреторная функция обеих почек замедлена у 2 (6,67 %) человек, выраженное нарушение экскреторной функции правой почки отмечено у 1 (3,33 %) человека, экскреторная функция была не нарушена у 23 (76,67 %) человек.

По результатам УЗИ почек и надпочечников аплазия левой почки обнаружилась у 1 (3,33 %) человека, диффузные изменения в почечной паренхиме были также у 1 (3,33 %) человека, неполное удвоение левой почки — у 2 (6,67 %) человек, пиелоектазия встретилась у 3 (10 %) человек, нефроптоз — у 4 (13,33 %), киста левой почки — у 1 (3,33 %) пациента, патологических изменений не обнаружено у 18 (60 %) человек.

Выводы

Таким образом, нефропатия с протеинурией чаще диагностировалась у детей в возрасте от 10 до 14 лет, преимущественно, у девочек. Соотношение городских и сельских жителей, а также пациентов, поступивших в экстренном и плановом порядке, было, примерно, одинаковым. Среди жалоб преобладали жалобы на боли в поясничной области. Наследственный анамнез был отягощен, преимущественно, такими патологиями, как хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь. Физическое развитие у большинства детей было высокое резко дисгармоничное. Среди сопутствующей патологии преобладала патология со стороны пищеварительной системы. У большинства пациентов ЭКГ было в норме. По результатам анализа мочи по Зимницкому установлено, что чаще всего наблюдались такие изменения, как олигурия и гипостенурия. По результатам РРГ у преобладающего большинства пациентов не наблюдалось нарушения экскреторной функции почек, однако встречались единичные случаи замедления данной функции. Наиболее частой патологией, выявленной при помощи УЗИ почек и надпочечников, являлся нефроптоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хаузер, М. Оценка протеинурии с использованием случайных образцов мочи / М. Хаузер // *Pediatr.* 1984. № 104. Р. 845–848.
2. Эрман, М. В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах / М. В. Эрман. СПб., 1997. С. 14–15.
3. Папаян, А. В. Клиническая нефрология детского возраста / А. В. Папаян, Н. Д. Савенкова. – СПб., 1997. 718 с.

УДК 616.8-053.2:616.831-053.31

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Беляева Т. В.

Научный руководитель: старший преподаватель А. С. Сергейчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Всемирная организация здравоохранения и ООН внесли интранатальную гипоксию в перечень патологий, наиболее существенно сильно на младенческую смертность, наравне с такими патологиями, как недоношенность и внутри-

утробные инфекции. Частота энцефалопатии у доношенных новорожденных, согласно крупнейшим эпидемиологическим исследованиям, проведенным в США и в большинстве развитых стран, составляет от 2 до 9 случаев на 1000 новорожденных [1], из которых 10–15 % умирают в неонатальном периоде [2].

В структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют около 50 %, при этом у 70–80 % детей они обусловлены перинатальными факторами [1, 2]. Частота долгосрочных неврологических осложнений зависит от тяжести энцефалопатии в неонатальном периоде. 80 % детей с тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатией имеют серьезные неврологические последствия и только единицы не имеют осложнений. Таким образом, дети, перенесшие энцефалопатию новорожденных, должны наблюдаться неврологом и углубленно обследоваться до подросткового возраста [2].

В настоящее время основной задачей врачей-неонатологов и анестезиологов-реаниматологов является не только спасение жизни новорожденного, но и создание условий для полноценного роста и развития ребенка [1, 2].

Цель

Оценить предикторные факторы развития энцефалопатии у новорожденных, а также изучить особенности неврологического статуса у детей с энцефалопатией новорожденного.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 133 медицинских карт стационарных пациентов учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница», которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении для новорожденных в период с июля по октябрь 2021 года с диагнозом: Энцефалопатия новорожденных (Р 91). Выполнена статистическая обработка данных с использованием пакета программ «Microsoft Excel 2016» и «Statistica 10».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было выявлено, что дети с энцефалопатией рождаются у женщин с низким паритетом беременности и родов, представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Паритет беременности и родов у женщин, у детей которых диагностирована энцефалопатия новорожденных

Паритет беременности	Число женщин (n = 133)	Паритет родов	Число женщин (n = 133)
1	61; 45,86 %	1	68; 51,13 %
2	24; 18,05 %	2	30; 22,56 %
3	16; 12,03 %	3	10; 7,52 %
4 и более	32; 24,06 %	4 и более	25; 18,8 %

Среди экстрагенитальных заболеваний матери, чаще всего беременность у женщин, дети которых имели диагноз энцефалопатия новорожденного, протекала на фоне анемии (48 (36,09 %) человек), заболеваний щитовидной железы (19 (14,29 %) человек), коронавирусной инфекции (19 (14,29 %) человек), миопии (17 (12,78 %) человек), ОРИ (17 (12,78 %) человек), артериальная гипертензии (10 (7,52 %) человек), хронической никотиновой интоксикации (10 (7,52 %) человек), варикозного расширения вен нижних конечностей (8 (6,02 %) человек), хронического тонзиллита (7 (5,26 %) человек), хронического гастрита (6 (4,51 %) человек). Из гинекологической патологии, чаще других встречались: кольпит (25 (18,77 %) человек), вагинит (18 (13,53 %) человек), эрозия шейки матки (12 (9,02 %) человек). Течение беременности у женщин, родивших детей с энцефалопатией, имело следующие осложнения: хроническая фетоплацентарная недостаточность встречалась у 10 (7,52 %) женщин, гестационный сахарный диабет — у 7 (5,26 %) женщин, отеки беременных — у 6 (4,51 %) беременных.

Согласно половой структуре в исследуемой группе преобладали мальчики — 84 (63,16 %) ребенка, девочек было 49 (36,84 %). Возраст детей при поступлении в стационар варьировал от 2 до 25 дней, медиана составила 6 дней.

У большинства детей состояние при рождении было расценено как средней степени тяжести у 130 (97,74 %) новорожденных, тяжелым — у 3 (2,26 %) детей. Для оценки степени асфиксии при рождении использовалась шкала Апгар. Согласно данным нашего исследования, 111 (83,46 %) новорожденных не имели признаков асфиксии, асфиксия умеренной степени встречалась у 22 детей, что составило 16,54 %. При этом у 11 детей умеренная асфиксия была купирована к 5 минуте жизни, у 7 детей сохранялись признаки умеренной асфиксии, 4 ребенка из исследуемой группы детей были переведены на искусственную вентиляцию легких. Количество детей с родовой травмой составило 30,08 % (40 новорожденных), что соответствует примерно 1/3 от исследуемых детей, при чем у 4 детей отмечались сочетанные травмы.

Среди родовых травм чаще других встречались кефалогематомы различной локализации: теменная — у 35 новорожденных (левостороннюю локализацию кефалогематомы имели 18 (12,31 %) детей; правостороннюю — 9 (6,15 %) новорожденных; у 8 (5,47 %) детей имели место двусторонние кефалогематомы), затылочная — у 2 (1,37 %) новорожденных. Значительно реже среди родовых травм встречались перелом ключицы — 6 (4,1 %) детей, плексопатия плечевого сплетения вследствие родовой травмы — 1 (0,68 %) ребенок.

Диагноз энцефалопатия новорожденных, токсико-гипоксического генеза сопровождался следующими вариантами синдромов и их комбинациями: синдром угнетения — 67 (50,38 %) новорожденных; гипертензионный синдром — 63 (47,37 %) ребенка; сочетание синдрома угнетения с судорожным синдромом — 1 (0,75 %) новорожденный; гипертензионно-гидроцефальный синдром — 1 (0,75 %) ребенок; гипертензионный синдром сочетался с судорожным синдромом, предположительно гипокальциемического генеза — у 1 (0,75 %) новорожденного.

При поступлении пациентов в учреждение «ГОДКБ» производилась оценка неврологического статуса каждого пациента. Определялась сила крика ребенка: громкий крик отмечался у 70 (52,63 %) новорожденных, неохотный — у 50 (37,59 %) детей, средней силы — у 13 (9,77 %) человек. При исследовании черепных нервов не было обнаружено очаговых изменений, лишь у 1 (0,75 %) пациента был выявлен симптом «заходящего солнца». Мышечный тонус был повышен у 59 (44,36 %) новорожденных, переменный — у 6 (4,51 %) детей, снижен — у 23 (17,29 %) ребенка, низкий — у 45 (33,83 %) детей.

В неонатальном периоде важным показателем состояния нервной системы ребенка является оценка безусловных рефлексов новорожденного. Первая группа — рефлексы орального автоматизма: сосательный рефлекс был хорошо выражен (++) у 40 (30,08 %) новорожденных, выражен (+) — у 93 (69,92 %) детей; поисковый рефлекс: хорошо выражен (++) — у 39 (29,32 %) детей, выражен (+) — у 94 (70,68 %) человек. Вторая группа рефлексов — ладонные автоматизмы: верхний хватательный рефлекс был хорошо выражен (++) у 40 (30,08 %) новорожденных, выражен (+) — у 92 (69,17 %) детей и отсутствовал у 1 (0,75 %) ребенка; 1 фаза рефлекса Моро наблюдалась у всех детей исследуемой группы. Третья группа рефлексов — вертикальные рефлексы: рефлекс опоры переменный (+/-) был выявлен у 69 детей (51,88), не наблюдался (-) — у 64 человек (48,12 %); рефлекс автоматической ходьбы: переменный (+/-) был выявлен у 68 (51,13 %) детей, отсутствовал (-) у — 65 (48,87 %) новорожденных. Четвертая группа рефлексов — рефлексы в положении на животе: рефлекс ползания (Бауэра) отмечался переменным (+/-) у 68 (51,43 %) детей, отсутствовал (-) — у 65 (48,87 %) детей; рефлекс защиты переменным (+/-) был у 131 (98,5 %) ребенка, выражен (+) — у 2 (1,5 %) новорожденных. Двигательное и эмоциональное беспокойство было выявлено у 68 (51,13 %) новорожденных, снижение данного показателя отмечалось у 65 (48,87 %) детей. У части детей наблюдались патологические установки как отдельно, так и их различные комбинации: тремор ко-

нечностей отмечался у 32 (24,06 %) детей, тремор подбородка — у 32 (24,06 %) новорожденных, когтистые кисти — у 17 (12,78 %) детей, пяточные стопы — у 4 (3,01 %) новорожденных. Без патологических установок было 94 ребенка, что составило 70,68 %.

Выводы

Наиболее часто энцефалопатия новорожденных развивается у детей от матерей с низким паритетом беременностей и родов. Следует отметить, что чаще дети с энцефалопатией рождаются доношенными. Среди наиболее значимых предикторных факторов развития энцефалопатии новорожденного можно выделить экстрагенитальную патологию матери на фоне которой развивалась беременность (анемия, заболеваний щитовидной железы, артериальная гипертензия, хроническая никотиновая интоксикация, также к факторам риска формирования энцефалопатии у детей в неонатальном периоде можно отнести осложнения беременности такие как хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестационный сахарный диабет, отеки беременных.

Энцефалопатия новорожденных чаще встречается у мальчиков. Состояние детей с энцефалопатией при рождении чаще расценивается как средней степени тяжести за счет умеренной асфиксии при рождении и наличия родовых травм различной локализации. В клинической картине энцефалопатии новорожденных наиболее часто встречаются синдром угнетения и гипертензионный синдром. Следует отметить, что неврологический статус новорожденных с энцефалопатией имеет следующие особенности: снижение мышечного тонуса, сохранение рефлексов орального и ладонных автоматизмов, снижение вертикальных рефлексов и в положении на животе. Развитие энцефалопатии новорожденных сопровождается двигательным и эмоциональным беспокойством ребенка, а также формированием таких патологических установок как тремор конечностей и подбородка, когтистых кистей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарубин, А. А. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных, рожденных в тяжелой асфиксии / А. А. Зарубин // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2017. № 2. С. 95–101.
2. Зарубин, А. А. Системная лечебная гипотермия в терапии тяжелой асфиксии у новорожденных / А. А. Зарубин // Анестезиология и реаниматология. 2016. № 4. С. 269–272.

УДК 612.66:616-053.36/.4(476.6-25)

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. БРЕСТА

Власюк А. О., Кравченко А. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Под физическим развитием понимают динамический процесс роста и биологического созревания ребенка в том или ином возрасте. Для оценки физического развития используют основные антропометрические показатели: длину тела (ДТ), массу тела (МТ), окружности головы (ОГ) и грудной клетки (ОГК). С их помощью определяют показатели у ребёнка и сравнивают с нормальными значениями [1]. Выявленные отклонения свидетельствуют о дисгармоничном развитии ребенка. Рост и развитие происходят в определенной последовательности и находятся под влиянием физических психологических и социальных факто-