

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Попов С.В., профессор

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Патология периода новорожденности привлекает значительное внимание и материальные ресурсы здравоохранения любого цивилизованного государства. Это определяется высоким уровнем заболеваемости и летальности новорожденных. Так среди детей умерших в возрасте до года в 2006 году доля новорожденных по Сумской области составила 65%, по Украине – 57,6%. Заболеваемость за последние годы имеет тенденцию к снижению, но все-таки остается достаточно высокой – 201,97‰ за 2006 год по Украине. Лидирующей патологией остается гипоксическое поражение центральной нервной системы. Для него, особенно при тяжелом течении заболевания, характерно поражение не только ЦНС, но и других органов и систем. Это может быть сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт. Одной из наиболее часто поражаемых является мочевыделительная система. Конечным результатом ее повреждения может быть развитие острой почечной недостаточности. Как правило, она носит преренальный характер. Лечение острой почечной недостаточности определяется причинами ее развития и, следовательно, требует точного о них представления.

Для выяснения причин формирования острой почечной недостаточности преренального типа был разработан способ диагностики, основанный на проведении комплексного ультразвукового исследования с определением ряда параметров. В их число входили: средняя скорость кровотока верхней поллой вены; средняя скорость кровотока аорты; средняя скорость главной почечной артерии слева и справа. Кроме того, рассчитывался индекс резистентности главной почечной артерии слева и справа. В дальнейшем рассчитывался разработанный индекс перфузии – сопротивления (ИПС).

Выявлено, что величина ИПС у здоровых новорожденных в динамике неонатального периода менялась незначительно – достоверной разницы значения указанного параметра найдено не было. Сравнительное изучение ИПС у детей различной массы и гестационного возраста – в пределах доношенности – также не выявило выраженной зависимости. Это позволило, путем перерасчета, принять единую величину индекса перфузии – сопротивления для всего раннего неонатального периода, равное 1,58. Верхняя и нижняя границы обозначались как границы доверительного ряда и, в свою очередь, составили 1,8 верхнее и 1,35 нижнее значение соответственно. При изучении величины разработанного индекса у новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС было выявлено, что наиболее часто встречался гипоперфузионный вариант гемодинамических нарушений ренального кровотока – в 53,33±13,33% случаев, менее часто спазматический – в 26,67±11,82% случаев. У 20±10,69% детей значения индекса перфузии – сопротивления оказались в пределах нормы.