

Таким образом, на данном начальном этапе исследований мы осуществляем поиск подходов и методов к физической реабилитации сложного контингента – пациентов с СЦА1. Сложность заключается в том, что спиноцеребеллярная атаксия 1-го типа – это неизлечимое и прогрессирующее заболевание нервной системы. Само осознание данного факта демотивирует больных к занятиям физической культурой, здесь необходима дополнительная профессиональная психологическая помощь пациентам, получающим поддерживающую терапию в условиях клиники.

Заключение. Учитывая актуальность и малоизученность проблемы физической реабилитации пациентов с устойчивыми и прогрессирующими отклонениями в состоянии здоровья, в данной статье мы описываем первые результаты подходов к лечению пациентов с СЦА1 с помощью кинезиотерапии. В нашей работе физическая реабилитация – это специально направленное использование физических упражнений в качестве средства лечения заболевания и улучшения функций организма, нарушенных или утраченных вследствие нейродегенеративного процесса при СЦА1. На первых этапах наших исследований мы ставим задачи применения несложных комплексов физических упражнений для того, чтобы они, во-первых, оказывали оздоровительное и общеукрепляющее влияние на организм; во-вторых, укрепили ослабленные мышцы, улучшили координацию движений. На следующем этапе мы будем

формировать опытные и контрольные группы пациентов из числа больных СЦА1 и применять методики исследований для разработки научных обоснований физической реабилитации: педагогический эксперимент, анкетирование, стабиллометрию, гониометрию, динамометрию и др.

Работа выполнена при поддержке Фонда «Президентские гранты РФ», проект № 21-1- 006470 «Вместе мы сможем больше!»

Литература

1. Анализ маршрутизации пациентов на госпитальном этапе в неврологическое отделение центра нейродегенеративных заболеваний клиники Якутского научного центра комплексных медицинских проблем / Давыдова Т.К. [и др.] // Якутский медицинский журнал. - 2021. - №3(75). - С.51-54.

Analysis of routing of patients at the hospital stage to the neurological department of the Center for Neurodegenerative Diseases of the clinic of the Yakut Scientific Center for Complex Medical Problems / Davydova T.K. [et al.] // Yakut Medical Journal. - 2021;3(75): 51-54

2. Бубновская Л.С. Современная кинезиотерапия как новое направление в естественной медицине / Л.С. Бубновская, М.М. Милованов // Здоровоохранение Чувашии. - 2015. - №3. - С.49-53.

Bubnovskaya L.S. Modern kinesitherapy as a new direction in natural medicine/ Bubnovskaya LS, Milovanov // Healthcare of Chuvashia. - 2015;3:49-53.

3. Разнообразие наследственной патологии в Республике Саха (Якутия) по данным Республиканского генетического регистра наследственной и врожденной патологии / Сухомясова А.Л. [и др.] // Генетические исследования населения Якутии. - 2014. - 336с.

Diversity of hereditary pathology in the Republic of Sakha (Yakutia) according to the Republican Genetic Register of Hereditary and

Congenital Pathology/ Sukhomiysova AL [et al.] // Genetic studies of the population of Yakutia. - 2014; 336.

4. Семенов В.Н. Дополнительное физкультурное образование для лиц с ограниченными возможностями / В.Н. Семенов // Ученые записки. IV. Социальная педагогика и образование. - 2013. - №2, т.2. - С.149-153.

Semenov V.N. Additional physical education for people with disabilities // IV. Social pedagogy and education in the collection of Scientific notes. - 2013;2(2):149-153.

5. Спинаocereбеллярная атаксия первого типа в Якутии: распространенность и клинико-генетические сопоставления / Платонов Ф.А. [и др.] // Медицинская генетика. - 2004. - Т3, №5. - С.242-248.

Spinocerebellar ataxia of the first type in Yakutia: prevalence and clinical and genetic comparisons / Platonov F.A. [et al.] // Medical genetics. - 2004;3(5):242-248.

6. Keller JL, Bastian AJ. A home balance exercise program improves walking in people with cerebellar ataxia // Neurorehabil Neural Repair. 2014; 28:770-778.

7. Van der Kolk NM, Laurie A K Effects of exercise on mobility in people with Parkinson's disease // Mov Disord. 2013;28(11):1587-96 doi: 10.1002/mds.25658.

8. Autosomal dominant spinocerebellar ataxia (SCA) in a Siberian founder population: assignment to the SCA1 locus / Lunke A., Goldfarb L.G., Platonov F.A. [et al.] // Experimental Neurology. 1994.126:310-12.

9. Newitt R, Barnett F, Crowe M. Understanding factors that influence participation in physical activity among people with a neuromusculoskeletal condition: a review of qualitative studies // Disabil Rehabil. 2016;38(1):1-10. doi: 10.3109/09638288.2014.996676.

10. Population genetics of spinocerebellar ataxias caused by polyglutamine expansions/ Shuvaev A.N., Belozor O.S., Smolnikova M.V [et al.] // Vavilov Journal of Genetics and Breeding. 2019; 23(4): 473-481.

11. Synofzik M, Ilg W. Motor training in degenerative spinocerebellar disease: ataxia-specific improvements by intensive physiotherapy and exergames // Biomed Res Int. 2014; 2014:583507. doi: 10.1155/2014/583507.

А. Ни, Е.В. Сергеева, Т.А. Шуматова

ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

DOI 10.25789/YMJ.2022.77.11

УДК 616.613–053.2–076.5–073.432.19

ФГБОУ ВО Тихоокеанский гос. медицин. ун-т МЗ РФ, Институт педиатрии, г. Владивосток: **НИ Антонина** – д.м.н., проф., neeant56@mail.ru, ORCID: 0000–0002–7024–5201, **СЕРГЕЕВА Елена Васильевна** – аспирант, ассистент, ORCID: 0000–0002–4465–3471, **ШУМАТОВА Татьяна Александровна** – д.м.н., проф., директор Института, ORCID:0000–003–2668–8483.

Цель исследования – провести мониторинг врожденных пороков почек у детей грудного возраста и определить тактику ведения пациентов с обструктивными вариантами пороков. Результаты работы показали, что наиболее распространенным вариантом аномалий почек у детей являются пиелозктазии. При наличии обструктивного типа аномалий почек необходимо проводить динамическое сонографическое исследование в 3 и 12 мес. жизни, а в 6 мес. – назначать общий анализ мочи и ее бактериологическое исследование.

Ключевые слова: дети грудного возраста, врожденные пороки развития органов мочевой системы, инфекция мочевыводящих путей, пиелозктазия.

The aim of the study was to monitor congenital renal defects in infants and to determine the tactics of managing patients with obstructive malformations. The results of the work showed that the most common variant of kidney anomalies in children is pyelectasis. In the presence of

an obstructive type of kidney anomalies, it is necessary to conduct a dynamic sonographic study at 3 and 12 months of life, and at 6 months – to prescribe a general urinalysis and a bacteriological study of urine.

Keywords: infants, congenital malformations of the urinary system, urinary tract infection, pyeloectasia.

Введение. Несмотря на значительные успехи современной медицины в диагностике заболеваний, проблема врожденных пороков развития (ВПР) не теряет своей значимости [4,13]. К наиболее распространенным вариантам пороков относят аномалии органов мочевой системы (ОМС), на долю которых приходится от 20 до 50% всех зарегистрированных случаев [5,10,11]. Общеизвестно, что ВПР ОМС являются причиной хронической болезни почек (ХБП) и терминальной стадии почечной недостаточности (ТПН) у детей, влияя на их рост, развитие и социализацию [5,10,11]. Присоединение инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) у пациентов, имеющих структурные аномалии ОМС, приводит к более раннему рубцеванию и истончению почечной паренхимы и, как следствие, снижению гломерулярной и тубулярной функции почек [5,8]. Предупредить рождение детей с некорректируемыми пороками развития, выявить аномалии почек на ранних стадиях заболевания позволяет метод ультразвуковой пренатальной диагностики, но его эффективность, по разным данным, составляет от 0,6 до 14% [7,8]. Поэтому в Российской Федерации всем детям в первый месяц жизни проводят плановое эхографическое исследование почек, что позволяет диагностировать ВПР ОМС, не верифицированные в антенатальном периоде. Например, при проведении массового неонатального скрининга в Чувашской Республике установлено, что доля ВПР ОМС, не выявленных на этапах пренатальной диагностики, составляет 15,5% среди всего детского населения региона [9]. По данным V.A. Saïulo с соавт., в результате массового постнатального скрининга 17783 младенцев, проводимого в течение 18 лет, доля врожденных аномалий развития почек составила 0,96% [12]. Y. Gong с соавт. при ультразвуковом (УЗ) обследовании 12 350 новорожденных в течение 5 лет диагностировали ВПР ОМС у 1180 (13,4%) чел. [10]. Необходимо отметить, что на сегодняшний день нет единого подхода при интерпретации результатов сонограмм в отношении размеров чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) у детей. Большинство исследований посвящено постнатальному ведению детей с внутриутробно диагностированными вариантами по-

роков почек и мочевыводящих путей, но практически нет работ по оценке дилатации ЧЛС, если аномалии ОМС были обнаружены в первые месяцы жизни ребенка при плановом обследовании [7, 8]. Поэтому целью нашего исследования было проведение мониторинга врожденных пороков почек у детей и определение тактики ведения пациентов с обструктивными вариантами пороков в условиях поликлиники.

Материалы и методы исследования. По данным амбулаторных карт (формы № 112–у) детских поликлиник г. Владивостока за период с 2014 по 2020 г. проведен ретроспективный сплошной анализ результатов ультразвукового обследования почек и мочевыводящих путей 1256 детей первого месяца жизни. Из них в исследование вошло 126 детей (65 девочек (51,59±4,45%) и 61 мальчик (48,41±4,45%)), у которых при скрининговом обследовании были выявлены эхографические изменения ОМС. За всеми детьми в дальнейшем проводилось катамнестическое наблюдение до достижения ими одного года. Всем пациентам выполнялось стандартное клинико-лабораторное обследование, а также проводился УЗ– контроль в возрасте 1, 3, 6 и 12 мес.

Статистическая обработка проводилась при помощи программного обеспечения Statistica version 10.0. Оценка значимости факторов проводилась с помощью χ^2 Пирсона. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У детей с ВПР ОМС преобладали пиелоктазии, которые были зарегистрированы у 82 (65,08±4,25%) чел., на втором месте был гидронефроз – у 15 (11,90±2,89%), реже встречалось удвоение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) – у 9 (7,14%), гидрокаликоз – у 5 (3,97%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – у 5 (3,97%), гипоплазия почки – у 3 (2,4), агенезия почки – у 2 (1,59), в единичных случаях были зафиксированы такие патологии, как: подковообразная почка, поликистоз почек, поясничная дистопия, сочетание подвздошной дистопии и гипоплазии почки, сочетание гидронефроза и кисты почки (0,79%). У 7 (5,56%) детей аномалии почек и мочевыводящих путей были диагностированы в антенатальном периоде: из них пиелоктазия

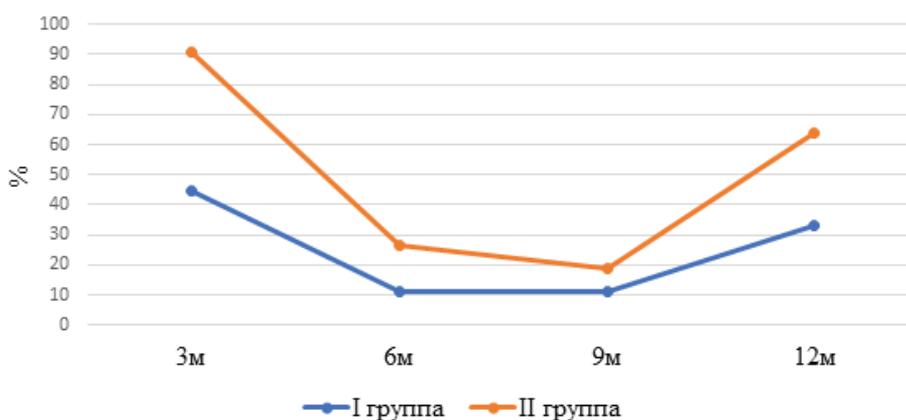
в 2 случаях, гидронефроз почек также у 2 детей, по 1 случаю – подвздошная дистопия с гипоплазией левой почки и поликистоз почек. ВПР ОМС сочетались с малыми аномалиями сердца (открытое овальное окно, евстахиева заслонка нижней полой вены, дополнительная хорда левого желудочка) у 21 (41,18±6,89%) ребенка, с патологией гепатобилиарного тракта (деформация желчного пузыря, перегиб желчного пузыря) – у 17 (33,33±6,60), с ортопедической патологией (кривошея, варусная или вальгусная деформация стоп) – у 7 (13,73), с пупочными грыжами – у 6 (11,76%).

Обструктивные варианты пороков почек в виде пиелоктазии, гидронефроза и гидрокаликоза зафиксированы у 102 (80,95±3,50%) детей. В зависимости от наличия мочевого синдрома они были ранжированы на две группы: в 1-ю вошли 30 (29,41±4,51%) детей с ИМВП в сочетании с аномалиями почек, во 2-ю – 72 (70,59±4,51%) ребенка с аномалиями почек без изменений в анализах мочи. В группе детей с ИМВП на фоне ВПР достоверно чаще регистрировались девочки, чем во 2-й (70,00±8,31 и 38,89±5,75% соответственно, $\chi^2 = 8,211$, при $p = 0,0042$), что согласуется с литературными данными – риски развития ИМВП на фоне ВПР ОМС на 30 % выше у девочек и у детей с гидронефрозом 3-й–4-й степени [8,14]. В 1-й группе средний возраст манифеста ИМВП составил 6,17±0,67 мес., а частота обострений – 2,07±0,28 раза за год наблюдения. У 10 (33,33%) детей в бактериологическом анализе мочи были выделены патогенные микроорганизмы, в 70 % случаев были обнаружены уропатогены семейства Enterobacteriaceae.

Важное значение при диагностике обструктивных уропатий у детей первых месяцев жизни является определение дилатации ЧЛС, по мнению различных авторов, патологическим расширением лоханки считается размер от 0,2 до 0,7 см [1, 6]. В 1-й группе размеры ЧЛС правой и левой почки при УЗ-диагностике пиелоктазий статистически не отличались и определялись в диапазоне – 0,51±0,04 см и 0,52±0,03 см соответственно ($p > 0,05$), а у детей с гидронефрозом зафиксирована более значительная дилатация лоханки слева, чем справа – 1,35±0,17 см и 0,78±0,1 см соответственно, при

$p=0,0233$. Во 2-й группе размер ЧЛС при пиелюэктазии справа в среднем составил $0,51 \pm 0,04$ см, а слева – $0,57 \pm 0,02$ см, что статистически не отличается от данных у пациентов 1-й группы ($p > 0,05$). При гидронефрозе у детей с ВПР ОМС без присоединения ИМВП средние размеры лоханок правой и левой почки определялись на уровне $0,54 \pm 0,03$ см и $0,9 \pm 0,1$ см соответственно ($p > 0,05$). Обращает внимание, что расширение ЧЛС у детей с ИМВП на фоне гидронефроза справа и слева было более значительным, чем у пациентов 2-й группы ($p < 0,05$).

Большинство экспертов придерживается мнения, что в 50% случаев гидронефроз, выявленный на этапах пренатальной диагностики, может самостоятельно разрешиться к одному году жизни [7,8]. В нашем исследовании спонтанный регресс увеличенных размеров ЧЛС почек, по результатам сонограмм, в 1-й группе был отмечен у 18 (60%) детей, из них: через 3 мес. у 8 (44,4%), через 6 у 2 (11,1%), через 9 у 2 (11,1%), к 12 мес. – у 6 (33,3%) наблюдавшихся пациентов (рисунок). У 5 (16,7 %) детей не было выявлено динамики, у 7 (23,3%) пациентов зафиксированы отрицательные эхографические изменения, по результатам которых 4 детям проведено оперативное лечение. Во 2-й группе регресс расширения ЧЛС задокументирован у



Динамика спонтанного разрешения дилатации ЧЛС у детей с ВПР ОМС по данным эхографического исследования

52 (72,2%) чел., из них: через 3 мес. у 24 (46,1 %) детей, через 6 у 8 (15,4), через 9 у 4 (7,7%), к 12 мес. у 16 (30,8%) пациентов. У 15 (20,8%) детей на протяжении всего периода наблюдения не было отмечено динамических изменений, а у 5 (7,0%) пациентов к 12 мес. жизни задокументирована отрицательная динамика.

Согласно литературным данным, наличие рецидивирующих ИМВП может отрицательно влиять на функциональное состояние почечной паренхимы у детей с ВПР ОМС и увеличивать необходимость в оперативном лечении [5, 8], что также подтверждается нашим исследованием – в группе

ИМВП с сочетанием ВПР ОМС достоверно чаще фиксировалась отрицательная динамика, чем в группе сравнения ($\chi^2=5,47$, при уровне значимости $p=0,01$), а пиелoureтеропластика была показана детям только из 1-й группы. При ультразвуковом исследовании состояния почек необходимо оценивать не только расширение ЧЛС, но и длину, ширину и толщину паренхимы почки [2, 3, 8]. Мы провели анализ соотношения размеров между правой и левой почками в исследуемых группах. Из 1-й группы были исключены 4 ребенка, т. к. в связи с отрицательной эхографической динамикой (ЧЛС более 25 мм) детям проведена пиелoure-

Таблица 1

Размеры почек в 1-й группе в зависимости от возраста ребенка, (M±m)

Возраст, мес.	Правая почка			Левая почка			P
	длина, см	ширина, см	толщина паренхимы, мм	длина, см	ширина, см	толщина паренхимы, мм	
1	4,44±0,12	2,16±0,03	9,76± 0,12	4,67±0,12	2,2±0,06	9,61± 0,13	>0,05
3	5,19± 0,08	2,51±0,07	10,15±0,19	5,43± 0,13	2,54± ,08	10,04±0,26	>0,05
6	5,51 ± 0,11	2,61± 0,05	10,2 ± 0,19	5,79± 0,14	2,62±0,06	10 ± 0,22	>0,05
9	5,94 ± 0,19	2,61± 0,08	10,71± 0,18	5,98± 0,24	2,64± 0,12	10,5 ± 0,22	>0,05
12	6,29 ± 0,14	2,75± 0,07	10,96± 0,18	6,5 ± 0,14	2,8 ± 0,08	11,14 ± 0,2	>0,05

Таблица 2

Размеры почек во 2-й группе в зависимости от возраста ребенка, (M±m)

Возраст, мес.	Правая почка			Левая почка			P
	длина, см	ширина, см	толщина паренхимы, мм	длина, см	ширина, см	толщина паренхимы, мм	
1	4,37±0,06	2,09±0,02	9,49 ± 0,09	4,54±0,07	2,11±0,02	9,53 ± 0,09	>0,05
3	4,91±0,06	2,28±0,02	10,02±0,06	4,97±0,07	2,33±0,04	10,03± 0,06	>0,05
6	5,61±0,09	2,43±0,04	10,16±0,14	5,63±0,09	2,43±0,04	10,23±0,14	>0,05
9	6,24±0,29	2,81±0,13	10,86±0,26	6,26±0,31	2,8±0,13	10,86 ± 0,26	>0,05
12	6,33±0,09	2,83±0,04	11,03±0,13	6,45±0,11	2,83±0,04	11,12± 0,12	>0,05

теропластика. Результаты исследования показали, что в обеих группах не выявлено достоверной разницы при сопоставлении размеров правой и левой почек (табл. 1-2).

Считается, что толщина паренхимы у детей первых 6 месяцев жизни находится в пределах 8–11 мм, с 6 до 12 мес. – 9–12 мм [2]. В нашем исследовании у пациентов обеих групп толщина паренхимы, по результатам сонограмм, соответствовала возрастным нормам.

Выводы

1. В структуре аномалий почек и мочевыводящих путей у детей грудного возраста в $65,08 \pm 4,25\%$ случаев преобладают пиелозктазии (со средней дилатацией ЧЛС 0,5 см).

2. Спонтанный регресс расширения ЧЛС характерен для $68,63 \pm 4,59\%$ обследуемых.

3. Отрицательная эхографическая динамика достоверно чаще регистрируется при присоединении ИМВП ($\chi^2=5,47$, при уровне значимости $p=0,01$).

4. Для детей с ВПР ОМС характерно раннее присоединение ИМВП – в 6 мес. с частотой обострения 2 раза в год.

5. При наличии обструктивного типа аномалий почек необходимо проводить динамическое сонографическое исследование в 3 и 12 мес. жизни, а в 6 мес. – назначать общий анализ мочи и ее бактериологическое исследование.

Литература

1. Анализ частоты и характера врожденной патологии почек у детей по данным постнатального ультразвукового скрининга / Н.И. Аверьянова, Е.В. Долотказина, А.В. Ширинкин [и др.] // Современные про-

блемы науки и образования. – 2017. – № 6.

Analysis of the frequency and nature of congenital renal failure in children according post-natal ultrasound screening / Averyanova N.I., Dolotkazina E.V., Shirinkin A.V. [et al.] // Modern problems of science and education. – 2017. – No 6. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27306>

2. Васильев А.Ю. Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике: руководство для врачей / А.Ю. Васильев, Е.Б. Ольхова. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с.

Vasiliev A.Yu. Ultrasound diagnostics in emergency pediatric practice: a guide for doctors / A.Yu. Vasiliev, E.B. Olkhova. – GEOTAR-Media, 2010. – 832 p.

3. Возрастные параметры почек у детей по данным ультразвукового исследования / И.В. Дворяковский, Т.К. Найдина, А.Б. Сугак [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2004. – № 1. – С. 30–35.

Parameters of Kidneys in Children on the Ultrasound Examination Data / I.V. Dvoryakovskiy, T.K. Naidina, A.B. Sugak [et al.] // Age Ultrasound & Functional Diagnostics. – 2004. – No 1. – P. 30–35

4. Клинико-эпидемиологические особенности инфекции мочевыводящих путей у детей Приморского края / А. Ни, Е.В. Сергеева, О.Г. Быкова [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2019. – № 4. – С. 10–13.

Clinical and epidemiological features of urinary tract infection in children of Primorsky Krai / A. Nee, E.V. Sergeeva, O.G. Bykova [et al.] // Pacific Medical Journal. – 2019. – No 4. – P. 10–13. doi: 10.34215/1609-1175-2019-4-10-13

5. Особенности течения нефропатий в сочетании с САКУТ-синдромом у детей раннего возраста / Е.В. Сафина, В.Л. Зеленцова, О.И. Мышинская [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2020. – Т. 1, № 3. – С. 24–32.

Features of the course of nephropathies in combination with CAKUT-syndrome in young children / E.V. Safina, V.L. Zelentsova, O.I. Myshinskaya [et al.] // Russian Pediatric Journal. – 2020. – Vol. 1, No 3. – P. 24–32 doi: 10.15690/rpj.v1i3.2175

6. Пыков М. И. Детская ультразвуковая диагностика в уронефрологии / М.И. Пыков. – М.: Видар-М, 2012. – 200 с.

Pykov M.I. Children's ultrasound diagnostics in uro nephrology / M.I. Pykov. – M.: Vidar-M, 2012. – 200 p.

7. Сергеева С.В. Диагностика и лечение детей периода новорожденности и грудного возраста с тяжелой степенью гидронефроза

(обзор литературы) / С.В. Сергеева // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 339–352.

Sergeeva S.V. Diagnosis and treatment of infants with severe hydronephrosis (literature review) / S.V. Sergeeva // Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care. – 2020. – Vol. 10, No 3. – P. –339–352. doi: 10.17816/psaic681

8. Сизонов В.В. Диагностика обструкции пиелоуретрального сегмента у детей / В.В. Сизонов // Вестник урологии. – 2016. № 4. – С. 56–120.

Sizonov V.V. Diagnostics segment pyeloureteral obstruction in children / V.V. Sizonov // Urology herald. – 2016. – No 4. – P. 56–120 (In Russ.) doi: 10.21886/2308-6424-2016-0-4-56-120

9. Трефилов А. Распространённость пороков развития почек по результатам массового ультразвукового скрининга / А. Трефилов // Педиатрическая фармакология. – 2006. – Т. 3, № 2. – С. 44–46.

Trefilov A. Prevalence of renal abnormalities diagnosed by routine ultrasound examination / A. Trefilov // Pediatric pharmacology. – 2006. – Vol. 3, No 2. – P. 44–46.

10. Early detection of congenital anomalies of the kidney and urinary tract: cross-sectional results of a community-based screening and referral study in China / Y. Gong, Y. Zhang, Q. Shen [et al.] // BMJ. – 2018;8: e020634. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020634

11. Talati A.N., Webster C.M., Vora N.L. Prenatal genetic considerations of congenital anomalies of the kidney and urinary tract (CAKUT) / A.N. Talati, C.M. Webster, N.L. Vora // Prenat Diagn. – 2019. – Vol. 39, No 9. – P. 679–692. doi: org/10.1002/pd.5536

12. Ultrasound mass screening for congenital anomalies of the kidney and urinary tract / V.A. Caiulo, S. Caiulo, C. Gargasole [et al.] // Pediatr Nephrol. – 2012. – Vol. 27, No 6. – P. 949–953. doi: 10.1007/s00467-011-2098-0

13. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. 100 p. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/congenital-anomalies>

14. Zareba P., Lorenzo A.J., Braga L.H. Risk factors for febrile urinary tract infection in infants with prenatal hydronephrosis: comprehensive single center analysis / P. Zareba, A.J. Lorenzo, L.H. Braga // J Urol. – 2014. – No 191 (5 Suppl). – P. 1614–1618. doi: 10.1016/j.juro.2013.10.035

А.В. Минин, А.Б. Пальчик, К.И. Пшеничная

ШКАЛА ОЦЕНКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

DOI 10.25789/YMJ.2022.77.12

УДК 616.831-005.1

ФГБОУ ВО СПбГПМУ: **МИНИН Алексей Владимирович** – к.м.н., доцент, aleksey_minin@mail.ru, **ПАЛЬЧИК Александр Бейнусович** – д.м.н., проф., **ПШЕНИЧНАЯ Ксения Ивановна** – д.м.н., проф.

В статье раскрываются данные оригинального исследования по разработке клинической шкалы оценки выраженности неврологического дефицита у детей с ишемическими инсультами (ИИ) в возрасте до 2 лет (ШОНДИ РВ). Актуальность разработки ШОНДИ РВ обусловлена отсутствием возможности использования шкалы редNIHSS у детей до 2 лет и ограниченными возможностями использования PSOM в остром и подостром периодах ИИ у детей раннего возраста. Продемонстрированы клинические особенности течения ИИ у детей в возрасте до 2 лет, получавших лечение в детской клинической больнице №5 им. Н.Ф. Филатова за период с 2005 по 2021 г. Представлены данные статистического анализа, показывающие статистически достоверные связи результатов оценки по ШОНДИ РВ со