**СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ.**

*Дриль І.С., Муратова К.Г., Колібаєва Т.Ф., Підвальна Н.А.,*

*Петренко Є.К., Шульга А.С.*

Харківський національний медичний університет,

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Під час обстеження пацієнта з інфекцією сечовидільної системи (ІСВС) слід приділити увагу додатковій оцінці серцево-судинної системи. Всебічна оцінка стану дітей з мікробно-запальним ураженням нирок дасть змогу не тільки оцінити функціональний стан серцево-судинної системи, а й виключити або діагностувати можливі коморбідні стани, що набувають великої поширеності у дітей.

Мета роботи полягала в поліпшенні ранньої діагностики серцево-судинних порушень у дітей раннього віку з ІСВС.

Нами обстежено 21 пацієнт з ІСВС під час перебування в нефрологічному відділенні ОДКЛ. Середній вік обстежених дітей становив 2,2 ±1,3 роки (від 6 міс до 4 років). Серед обстежених дітей було 14 дівчаток (66,7±10,5%) та 7 хлопчиків (33,3±10,5%), що відповідає загальновідомим даним про статевий розподіл пацієнтів з ІСВС. Стан серцево-судинної системи оцінювали за результатами проведення електрокардіографічного та доплерограрфічного обстеження.

Отримані результати. Серед обстежених дітей виявлено 61,9±10,8% з активними проявами ІСВС, та 33,3±10,5% дітей мали ремісію ІСВС. Середня тривалість захворювання нирок становила 9 місяців.

При доплерографічному досліджені серця враховувалися стандартні його параметри. У 57,5±11,1% дітей виявлено малі аномалії розвитку серцево-судинної системи: у 33,3±10% функціонуючий овальний отвір у поєднанні з додатковою хордою лівого шлуночку, у 23,8±9,5% - додаткову хорду лівого шлуночка, без гіпертрофії місць прикріплення. Показники кінцевого діастоличного розміру (КДР) у більшості дітей обох груп відповідали 50-му перцентилю. Серед дітей з активними проявами ІСВС у 36,3±15% дітей спостерігалися коливання до нижньої або верхньої межі нормативних значень. Лише у однієї дитини з надмірною вагою встановлено збільшення КДР>97 перцентилю, що свідчить про наявність дилатації лівого шлуночку. В жодному випадку не було виявлено гіпертрофії міокарда ЛШ. Діаметр магістральних судин відповідав межам вікових норм. У 33,3±10,5% від загальної кількості обстежених виявлено відкритий овальний отвір.

При аналізі ЕКГ діти раннього віку з активними проявами ІСВС та в періоді ремісії не мали відмінностей між собою. Всі показники ЕКГ в межах нормативних, що свідчило про відсутність реполярізаційних порушень та проявів гіпоксичного ураження на тлі інфекційного процесу.

Отримана інформація дає підстави вважати, що для дітей раннього віку з ІСВС не притаманні порушення ритму серця та його провідності. Виявлені у третини дітей анатомо-фізіологічні особливості будови серця потребують динамічного спостереження в майбутньому, для чого потрібно при кожному плановому обстеженні пацієнта проводити електрокардіографічне та доплерогарфічне обстеження.