

- раїни. - К. : Інтермед, 2009. - С. 403-404.
- Сучасні підходи до лікування вагітних із залізодефіцитною анемією / О. В. Овчинікова, А. О. Щедров, В. В. Лазаренко [та ін.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів - гінекологів України. - Київ : Інтермед, 2009. - С. 418-421.
- Ермошина С. Фолиевая кислота, витаминны группы В и полиненасыщен- ные жирные кислоты в профилактике тромботических осложнений у женщин, принимающих оральные контрацептивы / С. Ермошина // Врач. - 2008. - № 5. - С. 55-60.
- Дроздов В. Н. Эффективность всасывания железа при раздельном и одновременном приеме с кальцием / В. Н. Дроздов, К. К. Носкова, А. В. Петраков // Терапевт. - 2007. - № 9. - С. 79-83.
- Егорова М. О. Параметры скринингово- го обследования для выявления В12-дефицитной анемии / М. О. Егорова, Н. С. Моисеева, Е. Н. Коломова // Гематология и трансфузиология. - 2011. - № 3. - С. 14-18.
- Мурашко Л. Е. Содержание гомоцистеина, фолатов и витамина В12 в крови беременных с преэклампсией / Л. Е. Мурашко, Л. З. Файзуллин, Ф. С. Бадоева // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 4 (1). - С. 22-25.

Мищенко В.П., Руденко И.В., Запорожченко М.Б.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. Представлены результаты исследований в группе женщин репродуктивного возраста с дефицитом витаминов группы В, которые получали в комплексной профилактике и лечении гестационных осложнений витаминную терапию препаратом, в состав которого входят кобамид (кофермент В12), кокарбоксилаза (кофермент В1), пиридоксал-5-фосфат (кофермент В6), корнитил, лизин. Приведенные данные сравнительной характеристики клинико-лабораторных наблюдений с группой женщин, которые принимали стандартную терапию. Обоснованно эффективность применения предложенного препарата с целью профилактики и комплексной терапии гестационных осложнений.

Ключевые слова: гестационные осложнения, витамины, профилактика.

Mischchenko V.P., Rudenko I.V., Zaporozhchenko M.B.

ETIOPATHOGENETICAL APPROACHES TO PREVENTION OBSTETRIC COMPLICATIONS

Summary. The results of the research in the group of women of reproductive age with deficiency of B vitamins, which are received in the complex prevention and treatment of gestational complications vitamin therapy drug, which includes cobamide (coenzyme B12) cocarboxilasa (coenzyme B1), piridocsal-5-phosphate (coenzyme B6) cornitil, lysine. The data Comparative characteristics of clinical and laboratory observations of a group of women who received standard therapy. The effectiveness of the proposed use of the drug for the prevention and treatment of complex gestational complications.

Key words: gestational complications, vitamins, prophylaxis.

Стаття надійшла до редакції 26.11.2014 р.

Мищенко Валентина Павлівна - д.мед.н., професор кафедри акушерства і гінекології №1 Одеського національного медичного університету; +38 067 749-67-51

Руденко Ірина Василівна - д.мед.н., професор кафедри акушерства і гінекології №1 Одеського національного медичного університету

Запорожченко Марина Борисівна - к.мед.н., завідувач гінекологічним відділенням Одеського медичного центру, докторант кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету; +38 067 749-67-58

© Ночвіна О.А.

УДК: 618.718.19:616.89-055.2

Ночвіна О.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Резюме. В статті представлена клінічна характеристика жінок з синдромом хронічного тазового болю за даними аналізу гінекологічного, соматичного анамнезу, менструальної та репродуктивної функції.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, клінічна характеристика.

Вступ

Хронічний тазовий біль має суттєвий вплив на здоров'я пацієнток дітородного віку та є досить складною проблемою сучасної медицини. Це обумовлено, з одного боку, великою кількістю захворювань, що супроводжуються хронічним больовим синдромом, з іншого - відсутністю чіткого алгоритму діагностики та лікування даної патології [Кузнецова, 2013, Подзолкова, 2005]. Досить часто такі пацієнтки роками спостерігаються та лікуються у лікарів різного профілю, при цьому суттє-

вого покращення самопочуття вони не спостерігають, незважаючи на використання різних медикаментозних засобів. Особливої уваги заслуговує синдром хронічного тазового болю - "біль - хвороба", при якому відсутність доказів органічної причин болю з дисоціацією суб'єктивної його важкості стає додатковим стресом для пацієнтки. СХТБ зустрічається приблизно в 15% спостережень з загальної популяції та особливо розповсюджений у жінок. Тому закономірно, що тазовий

біль цікавить в першу чергу гінекологів, оскільки до лікарів саме цієї спеціальності звертаються зі скаргами на важкість та біль в нижніх відділах живота [Веропотвелян, 2013].

Сучасні дослідники відмічають, що висока частота екстрагенітальної патології, вторинні полісистемні функціональні порушення, супутні доброякісні гормонзалежні захворювання репродуктивної системи, поліморбідність з нерідкісним приєднанням синдрому "взаємного обтяження" значно ускладнюють вирішення даної проблеми [Татавицкий, 2000].

Отже, метою нашого дослідження став аналіз клінічної характеристики жінок з синдромом хронічного тазового болю, а саме особливості анамнезу життя, гінекологічного, репродуктивного та соматичного анамнезу, вивчення яких дозволяє оцінити та визначити фактори ризику, можливі причини виникнення та формування хронічного больового синдрому.

Матеріали та методи

Для вирішення поставленої мети та задач було проспективно обстежено 350 жінок репродуктивного (18 - 45 років) віку з хронічним больовим синдромом в нижніх відділах живота. Дослідження проводилося на базі міської лікарні "Центр матері та дитини", НВП ТОВ "Медвін" м. Вінниці.

Критеріями включення жінок до основної групи було наявність болю в ділянці нижче пупка, вище та медіальніше пахових зв'язок, за лоном та попереково-крижовій ділянці, що турбувало пацієнток протягом 6 місяців. З дослідження були виключені пацієнтки з екстрагенітальною патологією (захворювання сечового міхура, прямої кишки, опорно-рухового апарату), варикозним розширенням вен малого тазу, міомами матки розмірами більше 8 тижнів вагітності, кістомами яєчників, ендометріозом, сактосальпінксами, запальними захворюваннями органів малого тазу. Контрольна група була виділена шляхом випадкової вибірки з виключенням жінок з дисгормональними порушеннями, органічною та запальною патологією репродуктивної системи та складалась зі 100 жінок репродуктивного віку.

Обстеження пацієнток проводили за спеціально розробленою анкетною, яка включала результати аналізу гінекологічного та соматичного анамнезу, менструальної та репродуктивної функції, психологічного статусу жінок, оцінки даних об'єктивного обстеження, результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень. Аналіз менструальної функції включав встановлення віку менархе, тривалість та регулярність менструального циклу, ступінь крововтрати, наявність дисфункційних маткових кровотеч. Особливої уваги заслуговував анамнез життя, гінекологічний, репродуктивний та соматичний анамнез, вивчення якого дозволяє оцінити та проаналізувати фактори ризику, можливі причини виникнення та патогенез синдрому хронічного тазового болю.

Результати. Обговорення

Середній вік обстежених жінок основної групи з хронічним тазовим боєм склав $31,2 \pm 3,6$ років, що було приблизно однаково з жінками групи контролю - $27,1 \pm 3,1$ років.

При аналізі соціального стану обстежених жінок було встановлено, що серед пацієнток основної групи переважали студентки - 150 (37,1%), 88 (25,1%) жінок були службовками, 74 (21,1%) - робітницями та 38 (16,7%) - домогосподарками. В контрольній групі студентки склали 22%, тобто 22 жінки, службовки - 12%, домогосподарки - 57% та робітниці 9%.

Вивчаючи анамнез життя жінок досліджуваних груп, ми звертали увагу на соціально-гігієнічні аспекти, а саме матеріально-побутові умови, наявність професійних шкідливостей тощо, особливості виховання та становлення особистості, наявність психопатологічної спадковості.

Так, більшість жінок контрольної групи вказували на задовільну та добру матеріальну забезпеченість та регулярне адекватне харчування - 86 (86%) та 89 (89%) жінок відповідно. Тільки 6,7% жінок даної групи мали незадовільні умови праці, а саме побутові забруднення (пил, хімічні речовини), роботу з комп'ютером, добову роботу. В основній групі жінок 268 (76,6%) пацієнток мали задовільну матеріальну забезпеченість, але тільки 47% жінок з хронічним тазовим боєм вказували на регулярне та адекватне харчування. 210 (60%) жінок основної групи працювали з комп'ютером, 42 (12%) вказували на наявність побутових забруднень, 66 (18,9%) мали роботу протягом доби.

Аналізуючи анамнестичні дані встановлено, що у жінок основної групи достовірно частіше, ніж в контрольній групі, відмічалось обтяжена психопатологічна спадковість - 45,8% та 6% відповідно по групах, а саме: у жінок основної групи в 26,4% випадках мало місце алкоголізм батьків та в 19,4% - депресії, екзогенні психози, психогенні захворювання, тоді як у жінок контрольної групи лише 6% відмічали наявність алкоголізму в батька (рис. 1).

При аналізі сімейного анамнезу неблагоприємна атмосфера в родині відмічалась у жінок з хронічним та-

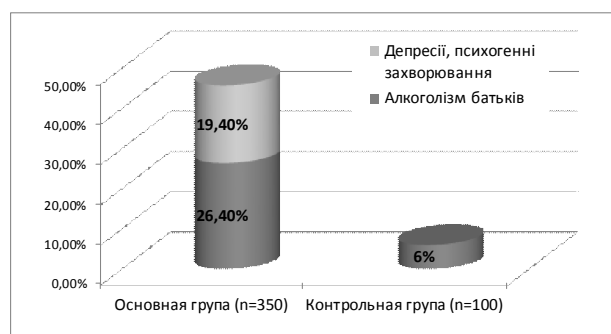


Рис. 1. Структура психопатологічної спадковості у жінок досліджуваних груп ($p < 0,05$).



Рис. 2. Аналіз сімейних відносин у жінок досліджуваних груп.

Таблиця 1. Структура соматичної патології у жінок досліджуваних груп.

Системи	Групи жінок			
	Основна група (n=350)		Контрольна група (n=100)	
	абс.ч	%	абс.ч	%
Захворювання ШКТ: - хронічний гастродуоденіт - ЖКХ - дискінезія ЖВШ	191 14 67 110	54,6* 4,0 19,1* 31,5*	5 - 1 4	5 - 1 4
Обмінно-ендокринні порушення: - ожиріння - гіпотеріоз - цукровий діабет	39 22 10 7	11,1 6,3 2,9 1,9	- - - -	- - - -
Захворювання сечовивідної системи: - хронічний пієлонефрит - сечокам'яна хвороба	12 3 9	3,4 0,8 2,6	3 1 2	3 1 2
Захворювання ЛОР-органів: - хронічний тонзиліт - хронічний гайморит - хронічний отит	9 7 2 -	2,6 2,0 0,6 -	2 2 - -	2 2 - -
Алергічні реакції	144	41,1*	1	1
Захворювання дихальних шляхів: - хронічний бронхіт - бронхіальна астма	15 2 13	4,3 0,6 3,7	2 2 -	2 2 -
Захворювання ССС: - гіпертонічна хвороба - вегето-судинна дистонія	207 54 153	59,1* 15,4* 43,7*	13 1 12	13 1 12
Шкірні захворювання: - псоріаз - нейродерміт	54 31 23	15,4* 8,9* 6,5	2 2 -	2 2 -

Примітка. * - основна група /контрольна група (p<00,5).

зовим бодем в 184 (52,6%) випадках, з яких 102 (29,1%) вказували на емоційну холодність та відчуженість в сім'ї та 82 (23,5%) - на конфліктні відносини, тоді як в контрольній групі напружені сімейні відносини мали місце лише у 12 (12%) жінок (рис.2).

68 (19,4%) жінок, які вказували на емоційну холодність в родині охарактеризували свою мати як авторитарну, 22 (6,3%) - як конфліктну, асоціальну 12 (3,4%) - як депресивну та невротичну.

Вивчення анамнестичних даних дозволило виявити

високу частоту перенесених інфекційних захворювань дитячого віку у жінок з хронічним тазовим бодем - 284 (81,1%), тоді як жінки контрольної групи тільки в 11 (11%) випадках мали інфекційні хвороби в дитинстві. При дослідженні алергологічного анамнезу ми звертали увагу на виникнення алергічних ускладнень після щеплень та при медикаментозному лікуванні у жінок досліджуваних груп. Так, анафілактичні реакції на щеплення (токсична або надмірно сильна реакція у вигляді гіпертермії, симптомів інтоксикації, висипки на шкірі, бронхоспазму, кишкової дисфункції) спостерігалися в 123 (35,1%) випадках у жінок основної групи та в 9 (9%) жінок контрольної групи.

Структура соматичної патології у жінок досліджуваних груп представлена в таблиці 1.

Отже, у жінок з хронічним тазовим бодем звертає на себе увагу високий відсоток захворювань шлунково-кишкового тракту (54,6%), та захворювань серцево-судинної системи (59,1%) переважно функціонального характеру, в значному відсотку випадків (41,1%) мають місце різні алергічні реакції та шкірні захворювання (15,4%).

Щодо менструальної функції, то серед жінок основної групи в 159 (45,4%) випадках мав місце нерегулярний менструальний цикл, 145 (41,4%) жінок вказували на надмірну крововтрату під час менструації та у 45 (12,9%) пацієнток спостерігалися кров'яністі виділення в невеликій кількості протягом більше 6 дб. У 191 (54,6%) жінки основної групи спостерігався регулярний менструальний цикл, але цикл 27-28 дб був тільки у 113 (32,3%) пацієнток, 30-35 дб - у 158 (45,1%) жінок та 21-24 доби - у 79 (22,6%). 93 (26,6%) жінки з хронічним тазовим бодем мали кров'яністі виділення в періовуляторний період, у 109 (31,1%) пацієнток мала місце олігоменорея, менорагія спостерігалася в 65 (18,6%) випадках, менометрорагія - в 112 (32,3%). В контрольній групі жінок в 100% випадках спостерігався регулярний менструальний цикл, в 3 (3%) - тривалий та в 10 (10%) - короткий. 5 (5%) жінок відмітили тривалість менструацій менше 3-х дб та 14 (14%) - незначну крововтрату під час менструації. На наявність симптомів дисменореї скаржилися 198 (56,6%) жінок з хронічним тазовим бодем. Передменструальні розлади мали місце у 179 (51,1%) жінок з варикозним розширенням вен малого тазу.

Таким чином, узагальнюючи дані аналізу менструальної функції жінок досліджуваних груп, у пацієнток з хронічним тазовим бодем мав місце значний відсоток дисгормональних порушень, а саме: дисменорею діагностовано у 198 (56,6%) пацієнток, різні форми передменструальних розладів встановлено у 179 (51,1%) жінок, нерегулярний менструальний цикл - у 159 (45,4%), менорагію - у 65 (18,6%), менометрорагію - у 112 (32,3%), олігоменорею - в 109 (31,1%) випадках, кров'яністі виділення в періовуляторний період - у 93 (26,6%) жінок (рис. 3).

Щодо порушення репродуктивної функції у жінок досліджуваних груп, то самовільні викидні мали місце



Рис. 3. Структура дисгормональних порушень у жінок з хронічним тазовим болем (n=350).

у 152 (43,4%) пацієнток з хронічним тазовим болем, з них 45 (12,9%) випадків - в терміні вагітності до 6 тижнів та в 107 (30,4%) - після 6 тижнів. В контрольній групі жінок втрата вагітності на ранніх термінах відбулася в 7 (7%) випадках. Завмерла вагітність та анембріонія спостерігалася у жінок основної групи в 28 (8,0%) та 82 (23,4%) випадках відповідно. Пізні викидні спостерігалися у 42 (12%) пацієнток основної групи та передчасні пологи мали місце у 63 (18%) жінок з хронічним тазовим болем.

У структурі гінекологічних захворювань у жінок з хронічним тазовим болем звертає на себе увагу наявність патології, переважно пов'язаною з дисгормональними розладами, а саме міома матки розмірами відповідно 5-6 тижнів вагітності має місце у 36 (10,2%) жінок основної групи, кісти яєчників - у 69 (19,7%) пацієнток, мультифолікулярні яєчники - у 29 (8,3%), гіпоплазія матки - у 24 (6,9%). Безпліддя діагностовано у 165 (47,1%) пацієнток, в переважній більшості первинне - 114 (32,6%), позаматкова вагітність мала місце в анамнезі 75 (21,4%) жінок, переважно лівобічна - 54 (15,4%). Лише в 18 (5,1%) випадках у пацієнток з хронічним тазовим болем в анамнезі спостерігалися запальні захворювання, а саме хронічний сальпінгоофрит, в 14 (4%) - кольпіт, цервіцит, ерозія шийки матки. Відсутність органічної гінекологічної патології мала місце в 223 (63,7%) випадках у жінок основної групи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У групі жінок з хронічним тазовим болем переважали студентки та службовки, які в більшості випадків

Список літератури

Варикозный сосудистый фактор у пацієнток, страждаючих хроническим болевим синдромом малого таза / П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская, Н.П. Веропотвелян, А.В. Казак // Здоровье женщины. - 2013. - №8. - С.131-135.
Кузнецова В. И. Хроническая тазовая боль / В.И. Кузнецова // Акушерство

и гинекология. - 2013. - № 5. - С. 91-97.
Подзолкова Н. М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. / Н. М. Подзолкова, О. Л. Глазков. - [2-е изд.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 250 с.
Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинеколо-

гия (клинические очерки) / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. - К., 2003. - Ч. 1.

Хирургическое лечение синдрома хронической тазовой боли в гинекологической клинике / Савицкий Г. А., Иванова Р. Д., Щеглов И. Ю., Попов П. А. - СПб., 2000.

звертали увагу на неадекватність харчування, високе психоемоційне та інформаційне навантаження, порушення режиму праці та відпочинку, що опосередковано може свідчити про порушення механізмів регуляції, формування дезадаптаційного синдрому та функціональних розладів репродуктивної системи.

2. Соматичний анамнез жінок з хронічним тазовим болем характеризується перевагою хвороб, які не пов'язані з інфекційним агентом, а саме функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи, обмінно-ендокринні порушення та захворювання шкіри. Великий відсоток дитячих інфекційних хвороб, алергічних ускладнень та захворювань у жінок основної групи опосередковано свідчить про існування патології функціонування імунної системи.

3. У жінок основної групи встановлено значний відсоток дисгормональних порушень у вигляді нерегулярного або довготривалого (30-35 днів) менструального циклу, менорагіями, периовуляторними кровотечами, первинною дисменореєю та передменструальними розладами.

4. Гінекологічний анамнез жінок з хронічним тазовим болем обтяжений первинним безпліддям, позаматковими вагітностями переважно лівобічної локалізації. В 63,7% випадках наявність тривалого болювого синдрому різного ступеню вираженості характеризується повною відсутністю структурних змін з боку внутрішніх геніталій та в 36,3% - мінімальними проявами звичайної гінекологічної патології, а саме функціональними кістами яєчників, мультифолікулярними яєчниками, міомою матки невеликих розмірів та гіпоплазією матки.

5. Репродуктивний анамнез характеризується наявністю самовільних викиднів переважно в терміні більше 6 тижнів вагітності, анембріонією.

Отже, проблема хронічного тазового болю є однією з найактуальніших в гінекології та акушерстві, так як біль в нижніх відділах живота у жінок це, як правило, самий частий симптом, з яким зустрічається лікар акушер-гінеколог в своїй повсякденній практиці. Однак, в сучасній літературі не має достатньо переконливих і конкретних даних про стан репродуктивного здоров'я жінок з хронічним тазовим болем з урахуванням їх психологічних характеристик, а отже немає рекомендацій по спостереженню та лікуванню такого контингенту хворих, що потребує подальших досліджень.

Ночвина Е.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Резюме. В статье представлена клиническая характеристика женщин с синдромом хронической тазовой боли по данным анализа гинекологического, соматического анамнеза, менструальной и репродуктивной функции.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, клиническая характеристика.

Nochvina Ye.A.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH THE SYNDROME OF CHRONIC PELVIC PAIN

Summary. The article presents the clinical characteristics of women with chronic pelvic pain syndrome according to the analysis of gynecological anamnesis, somatic history, menstrual and reproductive function.

Key words: chronic pelvic pain, clinical characteristics.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2014 р.

Ночвіна Олена Анатоліївна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 964-87-18

© Одарчук І. В.

УДК: 616.61-002.1-053.4

Одарчук І. В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії ФПО (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21008)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Резюме. В роботі представлений аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних показників при пієлонефриті у дітей раннього віку. Визначені клінічні прояви та рівні показників активності запального процесу, які вказують на розвиток та перебіг пієлонефриту у дітей раннього віку. Встановлено, що у більшості дітей раннього віку пієлонефрит перебігає моносимптомно, а одним із значимих ранніх показників запалення, який вказує на наявність захворювання, є прокальцитонін. Визначені основні збудники запального процесу в нирковій паренхімі. Встановлено підвищення показника ренально-кортикального індексу у дітей раннього віку.

Ключові слова: пієлонефрит, діти раннього віку, прокальцитонін.

Вступ

У сучасному світі хвороби нирок займають одне із основних місць у структурі захворюваності дітей. У повсякденній практиці педіатри досить часто зустрічаються з мікробно-запальними захворюваннями сечової системи - однією з найчастіших патологій дитячого віку [Leroу et al., 2013; Борисова, 2012]. Дана нозологічна група в структурі захворювань органів сечової системи у дітей займає провідне місце (50-75,6%) [Добрик, 2013].

Запальні захворювання органів сечової системи впродовж останніх років складають 77-89% всіх випадків госпіталізації дітей до нефрологічних стаціонарів [Дашченко та ін., 2009]. Дослідження вказують, що у клінічному плані найбільш значущим є пієлонефрит, оскільки його поширення, як в країнах Європи, так і в Україні також збільшується [Мигаль та ін., 2007; Кривоносова, 2010]. Окрім того пієлонефрит характеризується не тільки високою поширеністю, але і схильністю до рецидивуючого перебігу [Багдасарова, 2009].

Проблема гострого пієлонефриту у дітей раннього віку привертає до себе увагу не лише з точки зору вивчення етіології та патогенезу захворювання, але і з клінічних позицій.

Актуальність проблеми ПН обумовлена як його високою поширеністю серед дітей раннього віку, так і знач-

ною варіабельністю клінічної картини захворювання, що обґрунтовує необхідність ранньої діагностики патології. У дітей раннього віку діагностика ПН утруднена [Мигаль, 2010]. Так, згідно літературних даних, останні поступають в клініку на 2-4-й тиждень від моменту прояву перших симптомів захворювання [Leroу, 2013].

Разом з тим відомо, що склеротичний процес при пієлонефриті, який призводить до зморщення та припинення функціонування нирки, настає швидше та інтенсивніше саме у дітей раннього віку, ніж у дітей інших вікових груп [Папаян, 2010]. Враховуючи вищевказане, метою нашої роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу та діагностики гострого пієлонефриту у дітей раннього віку.

Матеріали та методи

Відповідно до поставленої мети та завдань дослідження нами було обстежено 120 дітей раннього віку з гострим пієлонефритом. Контрольну групу склали 50 дітей раннього віку. Дослідження виконано на базі обласних дитячих лікарень м. Вінниці та м. Хмельницький. Всі діти перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку та нефрологічному відділенні.