

.....

**ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ РАННЕЙ УЗИ-ДИАГНОСТИКИ
У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ**

УДК 616.613-007.63

А.В. Казанцева, Е.А. Чудинова, Р.М. Шакирзянова

*Уральский государственный медицинский университет,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье дана оценка результатов скринингового и контрольного УЗИ-исследования доношенных и недоношенных новорожденных детей с диагнозом «Гидронефроз», рожденных в период с 2015 по 2018 годы, находившихся на лечении в ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница».

Ключевые слова: скрининг, УЗИ-диагностика, гидронефроз.

**EVALUATION OF THE SIGNIFICANCE OF EARLY ULTRASOUND DIAGNOSTICS
IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYDRONEPHOSIS**

A.V. Kazantseva, E.A. Chudinova, R.M. Shakirzyanova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article assesses the results of a screening and control ultrasound study of full-term and premature newborns with a diagnosis of hydronephrosis, born between 2015 and 2018, who were treated at the Regional Children's Clinical Hospital.

Keywords: screening, pregnancy, ultrasound diagnostics, hydronephrosis.

В течение пренатального периода одним из эффективных и наиболее доступных скрининговых методов диагностики является УЗИ плода [1, 3, 4]. Согласно приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» скрининговое ультразвуковое исследование (далее — УЗИ) проводится трехкратно. При сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для проведения комплексной дородовой диагностики нарушений развития ребенка. При сроке беременности 18-21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздноманифестирующих врожденных аномалий развития плода. При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится для исключения врожденных пороков развития плода.

Ультразвуковой метод исследования почек плода позволяет объективно судить о наличии аномалии развития мочевыделительной системы на 16-23-й неделе внутриутробного развития в 76% случаев, а начиная с 24-й недели развития — в 100% [1]. Частота встречаемости врожденного гидронефроза, по данным литературы, составляет 1:500 – 1:800 новорожденных [2, 3, 4].

Согласно мониторингу и регистру врожденных пороков развития мочевыделительной системы (далее — ВПР МВС), в Свердловской области из 1007 пробандов у 806 был поставлен диагноз «Гидронефроз» (86%) [5].

Цель исследования

Оценить значимость УЗИ-диагностики в пренатальном и постнатальном периоде для раннего выявления и своевременного оказания медицинской помощи детям с выявленным гидронефрозом в Свердловской области.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 90 карт стационарного больного (ф.№ 003/у) новорожденных в период с 2015 по 2018 годы с врожденным гидронефрозом на базе отделения хирургии новорожденных государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург.

Тип исследования — «случай-контроль». Полученные данные обработаны с привлечением статистических методов исследования в программе Microsoft Office Excel.

Результаты исследования и их обсуждения

Согласно мониторингу и регистру врожденных пороков развития мочевыделительной системы (далее — ВПР МВС), в Свердловской об-

ласти в 2018 г. из 1007 обследованных у 806 был поставлен диагноз «Гидронефроз» (86%) [5].

Согласно клиническим рекомендациям [4], за новорожденными детьми, которым был поставлен диагноз «Гидронефроз» в пренатальном периоде, должно осуществляться диспансерное наблюдение. В срок 1 месяц пациентам проводится УЗИ почек; если мочеточники визуализируются, то данное исследование дополняется микционной уретроцистографией. Следующее скрининговое УЗИ почек выполняется в 3 мес. вместе с МАГ-3 (динамическая диуретическая изотопная ренальная скintiграфия, неинвазивный метод, позволяющий анализировать функцию каждой почки и ее эвакуаторную функцию) сканированием почек, на котором можно оценить как сохранную дифференциальную функцию почек (>40%), так и ухудшение дифференциальной функции почек (<40%). Последнее является основанием для направления детей на пиелопластику. После данного оперативного лечения назначается УЗИ через 3 месяца и УЗИ и МАГ-3 — через 12 месяцев. Если дифференциальная функция почек уменьшилась на 10-15%, то повторяют МАГ-3 в 9-12 месяцев, после чего снова оценивают ДФП (она может как увеличиться, что является хорошим прогностическим критерием (дальнейшее наблюдение), так и уменьшиться); дальнейшее наблюдение и нефрэктомия при наличии осложнений [4].

Также диспансерное наблюдение детей зависит от размера переднезаднего размера (ПЗР) лоханки (в норме он должен не превышать 10 мм). При размере ПЗР 15-20 мм показано диспансерное наблюдение в год, 2 года и 5 лет, если динамика не ухудшается, то наблюдение прекращают, если гидронефроз прогрессирует — МАГ-3-ренография. При снижении функции почки — пиелопластика. Размер ПЗР лоханки 20-30 мм также является поводом для диспансерного наблюдения: УЗИ — в 6 мес., УЗИ+МАГ-3 — в 1 год, УЗИ — в 2 года, 3 года, 4 года, 5 лет, 7 лет, 10 лет, в 15 лет, прекращение наблюдения. При прогрессировании пиелоектазии (ПЗР > 30 мм) показана пиелопластика [4].

В нашем исследовании гидронефроз у плода в 55% (n=46) случаях диагностировался на третьем скрининговом УЗИ (с 30 недели гестации); на втором скрининговом УЗИ — в 45% (n=37). Из числа всех обследуемых новорожденных с гидронефрозом на основании рентгеноурологического обследования у 21% (n=24) показаний к операции не было. Данная категория пациентов была выписана на амбулаторный этап наблюдения специалистами по месту жительства, также им была назначена физиотерапия.

Прооперировано было 79% (n=90) новорожденных с диагнозом «Врожденный гидронефроз». Данный порок чаще встречалась у мальчиков в 74% случаев (рис. 1). В структуре патологии преобладали односторонние формы — 83,3% (табл. 1).

Таблица 1
Структура выявленной патологии
в исследуемой группе, %

| Вид патологии | % | N |
|---|-------|----|
| Односторонний гидронефроз слева | 55,5% | 50 |
| Односторонний гидронефроз справа | 27,8% | 25 |
| Двухсторонний гидронефроз | 11,1% | 10 |
| Гидронефроз при аномалиях почки (подковообразная, удвоенная почка) | 5,6% | 5 |
| Всего | 100% | 90 |

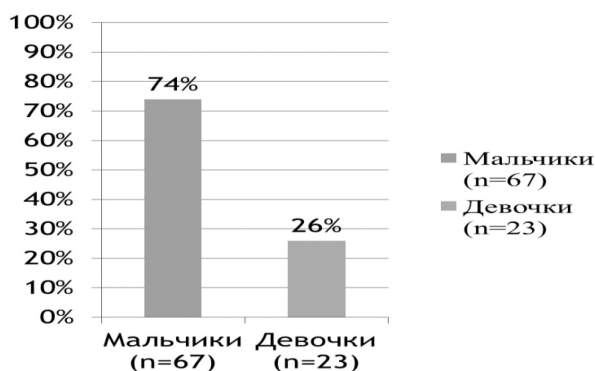


Рис. Структура прооперированных новорожденных по полу, %

Все пациенты были прооперированы в постнатальном периоде. При открытой пиелопластике у данной категории больных в 82% случаев использовалось внутреннее дренирование, наружное — у 18% больных.

После стационарного лечения 77% пациентов (n=70) были отправлены на амбулаторный этап наблюдения после операции (согласно клиническим рекомендациям) по месту жительства, остальные 23% (n=20), поскольку имеют прописку в г. Екатеринбурге, продолжили наблюдение в ОДКБ г. Екатеринбурга и составили группу наблюдения для исследования. Через 3 мес. при плановом УЗИ-скрининге у 20 наблюдаемых детей ухудшения динамики не обнаружено (ПЗР варьировался от 5 до 14 мм), по сравнению с предоперационным УЗИ (ПЗР варьировался от 18 до 44 мм). Через год после операции на скрининговом УЗИ у данных пациентов ПЗР лоханки не увеличился (от 5 до 12 мм), что является благоприятным прогностическим критерием.

Вывод

Соблюдение порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций позволяет выявлять врожденный гидронефроз на ранних стадиях (пренатальный период), динамически наблюдать за новорожденными из группы риска, планировать и осуществлять ранее оперативное вмешательство с благоприятным прогнозом.

Литература

1. Адаменко, О. Б. Пренатальная диагностика нарушений уродинамики / О. Б. Адаменко, К. К. Федоров, З. А. Халепа // Детская хирургия. – 2013. – Т.3. – С. 11-15.
2. Аляева, Ю. Г. Урология : Российские клинические рекомендации / Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. – Москва : Медфорум-Альфа, 2017. – 544 с.
3. Модель оказания урологической помощи новорожденным и детям раннего возраста / М. В. Левитская, Л. Б. Меновщикова, О. Г. Мокрушина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т.6. – С. 40-44.
4. Меновщикова, Л. Б. Клинические рекомендации по детской урологии-андрологии. – Москва : Уромедиа, 2015. – 231 с.
5. Урологические аспекты плода и новорожденного / ОДКБ № 1. – г. Екатеринбург. – Url: http://www.2mforum.ru/uploads/files/22_05_15%20Уропатии.pdf / (дата обращения: 07.12.19).

Сведения об авторах

А.В. Казанцева — ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Е.А. Чудинова — студентка 5 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Р.М. Шакирзянова — студентка 5 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Адрес для переписки: kazantseva.anna.net@gmail.com.