

**СТАТЬЯ. Опубликовано в материалах Республиканской научно-практической конференции посв. 50-летию УЗ «4-я городская клиническая больница им.Н.Е.Савченко» «Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи, новые направления в медицине».- С. 260-266.**

## **ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРЕНАТАЛЬНО УСТАНОВЛЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ**

**Строцкий А.В., Юшко Е.И., Хмель Р.Д., Пакляк Т.В., Дубров В.И., Чуканов А.Н.**

Кафедра урологии Белорусского государственного медицинского университета, РНПЦ «Мать и дитя», 2-я городская детская клиническая больница г. Минска, кафедра ультразвуковой диагностики БелМАПО

По данным популяционных исследований врожденные пороки развития (ВПР) довольно широко распространены среди новорожденных - до 30-40 случаев на тысячу детского населения. В их структуре на долю ВПР органов мочевой системы (МС) приходится до 28-35% [1-2] и эта большая распространенность, в силу целого ряда неблагоприятных факторов, имеет тенденцию к росту. Увеличивающееся в последние десятилетия количество новорожденных с врожденной урологической патологией заставляет ученых и практических врачей искать новые программы по ведению детей с ВПР МС, начиная с периода новорожденности [3]. Такие программы с позиций доказательной медицины в первую очередь должны обеспечить преемственность в работе врачей разных специальностей (врачи УЗ диагностики, акушеры, урологи, нефрологи, неонатологи и др.), которые работают на этапах развития ребенка (плод-новорожденный-ребенок грудного возраста) и способствовать раннему выявлению новорожденных, нуждающихся в хирургической коррекции порока. ВПР МС относятся к группе аномалий с относительно благоприятным исходом при их своевременном выявлении и этиопатогенетически оправданном лечении. И наоборот, при запоздалом выявлении данной группы заболеваний и их несвоевременном лечении, возможно быстрое присоединение осложнений в виде воспалительного процесса с последующим развитием некротических и склеротических изменений в паренхиме почки. В случае рождения детей с пороками, приводящими к инвалидности, экономические затраты общества на последующее лечение развившихся осложнений, реабилитацию детей и их пожизненное содержание во много раз превышают расходы на своевременную диагностику пороков и профилактику осложнений. [4-5] Наибольшую практическую значимость и доказанную эффективность имеет пренатальная ультразвуковая диагностика ВПР МС плода в процессе проведения скринингового обследования беременных.

В настоящее время отсутствуют общепринятые протоколы по ведению новорожденных с пренатально установленными ВПР МС.

Цель исследования: по анализу данных популяционного исследования плодов у беременных изучить распространенность ВПР МС и постнатальные исходы этой группы заболеваний.

**Материалы и методы.** Изучены результаты пренатальных УЗИ в популяции 20947 беременных женщин г. Минска, беременность у которых завершена в течение 2008г. Из них у 20857 беременность завершилась рождением живых детей. Средний возраст беременных составил 27 лет. УЗИ плодов проводилось планово в 12-14, 18-22, 30-32 недели гестации посистемно в соответствии с протоколами, утверждёнными МЗ РБ. В отношении органов МС в протокол исследования вносили следующие данные: наибольший размер мочевого пузыря, лоханки, мочеточника; размеры почек, толщину и эхогенность паренхимы. Диагноз пиелоектазии устанавливался при значении передне-заднего размера лоханки (диаметра) в 6-10 мм во II триместре беременности и 8-10 мм в III триместре беременности. При увеличении этого размера более 10 мм устанавливался диагноз гидронефроза. После рождения в условиях родовспомогательных учреждений всем детям на 4-6 сутки выполнено УЗИ органов МС, а также общий анализ мочи. По показаниям 5 детей после консультации детского уролога были переведены из родовспомогательных учреждений (родильные дома, отделения реанимации и интенсивной терапии для недоношенных новорожденных и др.) в детское урологическое отделение для дообследования. Оно включало: общеклинические, лабораторные, рентгеноурологические методы (обзорная и экскреторная урографии, цистография), УЗИ почек и мочевого пузыря, проведение фармакодинамических проб с диуретической нагрузкой, цистоскопию. Остальные новорожденные были выписаны домой с рекомендацией выполнить УЗИ органов МС, общие анализы крови и мочи в месячном возрасте в поликлинике по месту жительства с последующей консультацией уролога.

**Результаты и обсуждение.** У 116 плодов выявлены ВПР МС. У 24 плодов по ходу гестации выявлены солитарные или в сочетании с пороками других систем anomalies, несовместимые с жизнью. Эти плоды по медико-социальным показаниям в соответствии с решением специальной комиссии элиминированы. В данную работу информация по этим плодам не включалась. Из оставшихся 92 плодов с пренатально установленными диагнозами постнатальное исследование прошли 85 новорожденных. Остальные семь относятся к категории сменивших место жительства, не желающих предоставлять данные. По данным проведенного исследования на пренатальном этапе ВПР МС чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек: Соотношение плодов мужского и женского пола составляет 3,9:1. Структура пренатально выявленных anomalies органов МС представлена в таблице 1. Распространенность пренатально установленных ВПР МС в популяции живорожденных составила 4,4 на тысячу (92 наблюдения на 20857 живых новорожденных).

Таблица 1. Структура пренатально выявленных ВПР МС

Аномалия развития	Число наблюдений
Пиелэктазия	47
Гидронефроз	17
Мегауретер	5
Удвоение почки	3
Агенезия почки	3
Гипоплазия почки	2
Подковообразная почка	1
Аномалии положения почки	3
Солидарная киста почки	1
Кистозная дисплазия обеих почек	2
Мультикистозная почка	1
<b>Всего:</b>	<b>85</b>

После рождения дети находились под динамическим наблюдением уролога. После выписки из родовспомогательных учреждений в возрасте 1 месяц всем детям, за исключением селективной группы, прошедшей ранее стационарное урологическое исследование, выполнено амбулаторное УЗИ органов мочевой системы с последующей консультацией уролога. Дальнейшее наблюдение детей первого года жизни проводилось в соответствии с тяжестью выявленного порока и данными лабораторных исследований. К возрасту 1 год у 16 детей различные варианты обструктивных уropатий самоликвидировались и они признаны здоровыми. Этот факт совпадает с данными литературы [3,5] и объясняется тем, что у новорождённых и детей грудного возраста продолжает развиваться (дозреть) мочевая система и, как следствие, часть функциональных обструктивных уropатий в ходе роста ребёнка саморазрешается. Итоговая структура врожденных аномалий органов МС среди детей с пренатально установленными пороками представлена в таблице 2.

Таблица 2. Структура ВПР МС среди детей с пренатально установленными пороками к возрасту 1 год

Аномалии развития	Число наблюдений
-------------------	------------------

Пиелэктазия	25
Гидронефроз	11
Мегауретер	7
Клапаны задней уретры	6
ПМР	5
Удвоение почки	2
Удвоение почки с уретерогидронефрозом нижней половины	2
Агенезия почки	2
Гипоплазия почки	2
Подковообразная почка	1
Аномалии положения	3
Солитарная киста почки	1
Поликистоз почек	1
Мультикистозная почка	1
Урологически здоровые	16
<b>Всего:</b>	<b>85</b>

Среди аномалий органов МС по данным проведенных пренатальных и постнатальных исследований наибольший удельный вес имеют различные обструктивные уропатии. Их своевременная идентификация в постнатальном периоде важна, т.к. именно обструктивные уропатии по данным литературы [3,5] дают наибольший процент необратимых приобретенных изменений почечной паренхимы. Разделение обструктивных уропатий на функциональные и органические, выбор пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении в неонатальном периоде, выявление пациентов, которым показано проведение курсов антибактериальной терапии с целью профилактики возможных осложнений, позволяют разработать стратегию и тактику дальнейших лечебных мероприятий.

При постнатальном обследовании ребенка пренатально установленная обструктивная уропатия подтверждается в 81,2% наблюдений. О тяжести выявленных пренатально ВПР МС свидетельствует тот факт, что у 21 ребенка в последующем понадобилось выполнение хирургических операций, направленных на коррекцию порока.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило важность проведения УЗИ-мониторинга после рождения у всех детей с пренатально установленными ВПР МС с целью выбора тактики адекватного этиопатогенетического лечения. В процессе проведения постнатальных исследований наиболее важно отобрать пациентов, нуждающихся в своевременном хирургическом лечении.

**Выводы:**

1. Распространённость пренатально установленных ВПР МС составила 92 случая на 20947 живорождённых детей, что составляет 4,4 на тысячу новорожденных.
2. В современных условиях диагностика ВПР МС производится в 2 этапа. Основная задача пренатального этапа: проведение скрининга популяции беременных для выделения плодов, которые подлежат элиминации или переводу после рождения из родовспомогательных учреждений в детское урологическое отделение по экстренным показаниям для дообследования или хирургического лечения. На постнатальном этапе с использованием специальных методов исследования устанавливается окончательный диагноз и определяется программа лечения.
3. Среди детей с пренатально выявленными ВПР МС наиболее часто выявляются обструктивные уropатии: пиелэктазия, гидронефроз, инфравезикальная обструкция, мегауретер. При постнатальном обследовании ребенка пренатально установленная обструктивная уropатия подтверждается в 81,2% наблюдений.
4. Значительная часть диагностированных ВПР МС в течение первого года жизни саморазрешается. Однако у другой части отмечается прогрессирование заболевания, что требует хирургического лечения. Это подтверждает важность динамического наблюдения за всеми новорожденными с пренатально установленными ВПР МС.

#### Литература:

1. Пренатальная ультразвуковая диагностика пороков развития мочеполовой системы: руководство для врачей // Кондрашова С.П., Юшко Е.И., Чуканов А.Н., Михеева Н.Г. – Минск.- 2007. – 48 с.
2. Адаменко О.Б., Халепа З.А., Котова Л. Ю. Пренатальная ультразвуковая диагностика врожденных аномалий мочевыделительной системы // Детская хирургия. – 2006. – № 1. – С. 13–16.
3. Гельдт В.Г., Юдина Е.В., Кузовлева Г.И. Постнатальная оценка обструктивных уropатий, выявленных пренатально // Детская хирургия. – 2005. – № 6. – С. 12–16.
4. Гераськин А.В., Мокрушина О.Г., Морозов Д.А. и др. Состояние и перспективы совершенствования хирургической помощи новорожденным с пороками развития // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 6. – С. 7–12.
5. Чугунова О.Л., Панова Л.Д. Факторы риска и диагностика заболеваний органов мочевой системы у новорожденных детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2010. – № 1. – С. 12–20.