

СТАТЬЯ. Опубликовано в сборнике трудов 1-го съезда Белорусской ассоциации урологов. Минск, 9-10 октября 2008г. С. 122-124.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕНАТАЛЬНОЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (кооперативное исследование)

Юшко Е.И., Строчкий А.В., Дубров В.И., Хмель Р.Д., Скобеюс И.А., Чуканов А.Н., Красницкий М.Н., Михеева Н.Г., Демидович Т.А., Зущик В.В., Кондрашова С.П.

БГМУ, РНПЦ «Мать и дитя», БелМАПО, 2-я детская клиническая больница г.Минска, Комитет по здравоохранению Мингорисполкома

Введение. Распространенность врожденных пороков развития (ВПР) почек и органов мочевыделительной системы (МВС) среди новорожденных составляет 3-5% [1,4]. Возможные последствия имеющихся поражений почек значимы настолько, что их своевременное выявление имеет большое как медицинское, так и социальное значение. Доказано, что экономические затраты общества на лечение, реабилитацию и пожизненное содержание детей с ВПР органов МВС и других систем во много раз превышают расходы на своевременную пренатальную диагностику пороков и их профилактику. В связи с этим в медицинскую практику все шире внедряется понятие «плод – как пациент». В то же время многие аспекты функционирования новых разделов детской урологии пренатальной и неонатальной урологии только разрабатываются [2,3]. В частности, в республике отсутствует централизованный регистр пренатально выявленных ВПР, подлежащих диспансерному наблюдению, раннему родоразрешению или раннему хирургическому лечению в постнатальном периоде, не налажена преемственность по хранению и использованию информации о результатах проведенных исследований на этапах плод–новорожденный–ребенок грудного возраста, многие вопросы комиссионного консультирования новорожденных с ВПР находятся в стадии изучения.

Цель исследования – изучить распространенность и структуру ВПР органов МВС по данным пренатальных и неонатальных исследований и разработать классификацию по разделению новорожденных на однородные клинико-функциональные группы.

Материал и методы. В популяционном исследовании беременных, а после родов – с детьми, с 1999г. вместе со специалистами УЗИ диагностики, генетиками, акушерами, педиатрами и др. постоянно работал детский уролог. Вначале УЗИ плода проводилось в женских консультациях по месту жительства в 10-14, 18-22 и 30-32 недели беременности по стандартным методикам. По показаниям для выполнения дополнительных методов исследования беременные направлялись в медико-генетический центр РНПЦ «Мать и дитя». Основная задача пренатального исследования – на ранних стадиях гестации сформировать группу пренатального диспансерного наблюдения. В эту группу включались беременные женщины у плодов которых при УЗИ определялись следующие маркеры ВПР почек и органов МВС: одно-, двусторонние пиелозктазии и/или мегауретеры, синдром «гиперэхогенных почек», мегацистис, кистозные образования в проекции почек, агенезия почек, аномалии расположения почек, сочетанные или множественные ВПР почек и др. систем. Главная цель последующего диспансерного наблюдения – выявить плоды с ВПР МВС не совместимые с жизнью для информирования родителей о целесообразности их элиминации. В

остальных случаях своевременное выявление ВПР позволяло составить программу интра- и постнатального наблюдения.

Результаты и обсуждение. Обследованная популяция беременных нами разделена на 2 группы. В группу А вошли 76 670 беременных, наблюдавшихся в течение 1999-2003гг. Исходы беременностей в группе А: живорожденные – 76 175; прервано по медицинским показаниям – 439 (из них у 69 – в связи с изолированными ВПР МВС или в составе сложных множественных пороков с другими системами); мертворожденные – 495. ВПР почек и органов МВС среди живорожденных пренатально установлены у 254. Новизна проведенного исследования заключалась в том, что в последующем при работе с детьми нами изучены не только исходы пороков почек и органов МВС в группе детей с пренатально установленными пороками, но и проанализированы причины по которым у большей части детей различные пороки органов МВС впервые выявлены только после рождения. Полученные результаты нашего и других исследований послужили поводом для реорганизации службы пренатальной диагностики. Вместо приемов и консультаций УЗ специалистами в 36 женских консультациях в 7 районах города в 2001г были организованы центральные районные кабинеты пренатальной УЗ диагностики. Были также внесены поправки в протоколы первичного и вторичных исследований, сроки консультирования урологами и нефрологами, разработан комплекс мероприятий по улучшению преемственности между врачами, работающими в популяции. Новые подходы при решении поставленных задач положительно отразились на результатах пренатального УЗ мониторинга популяции беременных группы В, проводимой нами в 2005-2007 гг. За это время наблюдалось 55 456 беременных. Исходы беременностей: живорожденные – 55 143, всего прервано по медицинским показаниям – 350, мертворожденные – 313. По большинству пороков удалось добиться большей выявляемости, большей достоверности и специфичности. Дальнейшая реорганизация службы проведена в январе 2008г. - вместо 7 межрайонных кабинетов пренатальной УЗ диагностики организовано 2 специализированных Центра пренатальной диагностики ВПР. Учитывая наш опыт по этому вопросу, мы считаем, что для удобства в работе все новорожденные с ВПР МВС должны быть разделены на 4 однородные группы в соответствии с тяжестью порока, и данными постнатальных исследований (УЗИ органов МВС на 3-4 день, общие анализы крови и мочи, по показаниям – бакпосев мочи и биохимия крови). Первую, самую маленькую группу, составляют дети с подозрением на фатальную предрасположенность вследствие полного отсутствия паренхимы почек (двухсторонняя агенезия почек, двухсторонний мультикистоз почек, инфантильная поликистозная болезнь почек, двухсторонний гидронефроз с отсутствием паренхимы). После проведения постнатальных исследований по каждому ребенку принимается комиссионное решение. При отсутствии возможности организовать почечно-заместительную терапию новорожденные, как правило, погибают в первые несколько суток после рождения. Вторая группа – новорожденные, нуждающиеся в переводе в специализированный стационар. Это дети с подозрением на инфравезикальную обструкцию, ХПН, инфекции мочевых путей, с выраженными обструктивными уropатиями (размер лоханки 20 и более мм, несвоевременное лечение которых может привести к тяжелым осложнениям и последствиям. Третью группу составляют дети с расширением лоханки в пределах 12-19 мм, незначительным расширением чашечек, но с нормальной толщиной и экзогенностью паренхимы. После консультации урологом они выписываются из роддома домой. С целью профилактики развития пиелонефрита в течение месяца им проводится антибактериальная терапия. Самую большую, четвертую группу, составляют дети с расширением лоханки до 12 мм, без расширения чашечек, нормальной толщиной и экзогенность паренхимы и нормальным общим анализом мочи. Они выписываются домой после консультации детского уролога. Антибактериальное лечение им не

проводится. Всем детям 3-4 группы в возрасте 1 месяц рекомендуется выполнить общий анализ мочи, общий анализ крови, УЗИ органов МВС с последующей обязательной консультацией уролога.

Выводы. 1. Антенатальная диагностика позволяет в ранние сроки выявить пороки почек и органов МВС, своевременно организовать диспансерное наблюдение плода, составить программу пре- и постнатального исследования и лечения.

2. В связи с большой распространенностью пороков МВС в популяции, невозможностью выявить значительную часть пороков по данным пренатального УЗИ рекомендуем проводить УЗИ органов МВС всем новорожденным в возрасте 1 месяц.

3. Распределение новорожденных на предлагаемые клиничко-функциональные группы позволяет разделить пациентов на однородные потоки с целью подбора обоснованных схем диагностики и этиопатогенетического лечения.

Литература:

1. Стручкова Н.Ю., Медведев М.В., Юдина Е.В. Анализ пренатальной ультразвуковой диагностики врожденных пороков почек // Эхография. – 2001. - №2. – С.140-144.
2. Чехонацкая М.Л., Глыбочко П.В., Демидов В.И. Пренатальная дифференциальная диагностика пороков развития мочевыделительной системы плода // Урология. – 2005. - №4. – С.69-72.
3. Гельдт В.П., Юдина Е.В., Кузовлева Г.И. Постнатальная оценка обструктивных уropатий, выявленных пренатально // Детская хирургия. – 2005. - №6. – С.12-16.
4. Yoshida J., Tsuchiya M., Tatsuma N., Murakami M. Mass screening for early detection of congenital kidney and urinary tract abnormalities in infancy // *Pediatr. Int.* – 2003. – Vol. 45, № 2. – P. 142-149.