

**СТАТЬЯ. Опубликована в материалы V Республиканской научно-практической конференции по детской хирургии «Актуальные вопросы детской хирургии» Минск, 20-21 мая 2010.- С. 430-433.**

**ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРЕНАТАЛЬНО  
ВЫЯВЛЕННОЙ ПИЕЛОЭКТАЗИЕЙ  
ЮШКО Е.И., ЧУКАНОВ А.Н., ДУБРОВ В.И., СТРОЦКИЙ А.В.**

Кафедра урологии БГМУ (зав. кафедрой - профессор Строчкин А.В.), кафедра ультразвуковой диагностики БелМАПО (зав. кафедрой- профессор Кушниров А.И.), 2-я детская городская клиническая больница г.Минска ( гл. врач Сечко Л.П.)

**Введение.** В структуре врожденных пороков развития (ВПР) органов мочевой системы (МС), которые занимают третью позицию по частоте среди пренатально выявленных ВПР, наиболее часто выявляются различные варианты обструктивных уropатий. Их удельный вес в структуре ВПР МС составляет до 70% [1]. Наиболее часто нарушения уродинамики связаны с функциональными или органическими обструкциями, расположенными в важных уродинамических узлах: чашечно-лоханочном, лоханочно-мочеточниковом, пузырно-мочеточниковом, пузырно-уретральном сегментах, а также в связи с клапанами и стриктурами по ходу уретры. Значимость рассматриваемой проблемы подтверждается тем, что в качестве причины развития хронической почечной недостаточности у детей удельный вес обструктивных уropатий занимает ведущее место, составляя 43% [2]. Среди обструктивных уropатий особое место занимает пиелoэктазия [1-4]. Во-первых, это самая частая аномалия МС, выявляемая пренатально и ее удельный вес по данным разных авторов в структуре ВПР МС составляет 50-70%. Во-вторых, пиелoэктазию не следует рассматривать как легкое, не опасное по исходам заболевание, т.к. именно пиелoэктазия достаточно часто является маркером других урологических заболеваний, нередко завершающихся серьезными осложнениями. Под маркой пиелoэктазии по ходу гестации наиболее часто в постнатальном периоде выявляется гидронефроз 2-4 степени, обструктивный мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, инфравезикальная обструкция и другие аномалии. В-третьих, в понятие «пиелoэктазия» врачи разных специальностей (лучевые диагносты, акушеры, урологи, нефрологи, неонатологи и др.), работающие на пренатальном и постнатальном этапах обследования плода и ребенка, закладывают отличающиеся по величинам критерии, что затрудняет преемственность в работе на этапах плод-новорожденный-ребенок грудного возраста.

**Материал и методы исследования.** Данная работа базируется на результатах амбулаторных и стационарных послеродовых исследований 102 новорожденных с пренатально установленной пиелюэктазией. В процессе исследования нами изучались документы: карта беременной (в т.ч. – пренатальный паспорт, обменная карта, выписка из родильного дома), амбулаторная карта развития ребенка, эпикризы из истории болезни стационарных больных отделения патологии новорожденных, детского урологического и нефрологического отделений, журналы амбулаторного приема городского детского урологического центра, данные специальной анкеты–опросника, заполняемой во время беседы врача с родителями по телефону. Указанное количество пиелюэктазий выявлено при популяционном УЗИ 40894 беременных г.Минска в сроки 16-39 недель гестации, роды у которых завершились рождением живых детей в течение 2007-2008гг. Беременности, завершившиеся элиминацией патологического плода, в данную разработку не включались. Соотношение новорожденных мальчиков и девочек с пиелюэктазией составило 5,5:1. По ходу гестации УЗИ проводилось посистемно на всех органах плода. По органам МС в протокол обследования включались следующие данные: наибольший размер мочевого пузыря, размеры, расположение и количество почек, толщина и экзогенность паренхимы, наибольший размер чашечек, наибольший диаметр лоханки, размеры мочеточника с обеих сторон. Диагноз пиелюэктазии 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 гидронефроз. УЗИ плодов проводилось в стандартные сроки гестации. Почки и мочевой пузырь ультрасонографически могут быть отображены в 11-13 недель гестации, однако более объективно и достоверно обструктивные уropатии могут быть заподозрены, начиная с 15-17 недель гестации, когда сформировалось не менее 300 тысяч нефронов и выделяемая ими моча скапливается выше сегмента функциональной или органической обструкции. Сроки выявления пиелюэктазии плода по материалам наших исследований: 18-22 недели - у 36, 23-28 недель- у 25, 29-38 – у 41 плода. Односторонние пиелюэктазии выявлены у 69(67,6%) плодов, двусторонние - у 33(32,4%). Из 102 новорожденных с пренатально выявленной пиелюэктазией составлена группа постнатального диспансерного наблюдения. Первое УЗ исследование в условиях роддома проведено у 60% детей. У остальных - в сроки от 1 до 3 мес. В последующем по 8 детям не удалось собрать информацию, т.к. родители сменили место жительства или не захотели проводить дальнейшие исследования. Эти дети были исключены из разработки. При последующем наблюдении 94(100%) новорожденных и детей грудного возраста включая многократные УЗИ, выполненные амбулаторно и в условиях стационара, выявлена следующая структура ВПР МС: односторонняя пиелюэктазия – 23(24,5%), двусторонняя пиелюэктазия – 14(14,9%), односторонний гидронефроз – 9(9,6%), двусторонний гидронефроз – 4(4,2%), обструктивный мегауретер-4(4,2%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс-5(5,3%),

инфравезикальная обструкция-6(6,4%), поликистоз -1(1,1%), односторонний мультикистоз почки -1(1,1%), пиелюктазия гипоплазированной почки – 1(1,1%), у 26(27,6%) – аномалии МС в постнатальном периоде не выявлялись. В последующем в течение года при динамическом наблюдении диагноз пиелюктазии или другого заболевания у 28(29,8%) детей из группы постнатального диспансерного наблюдения был снят. Всего из группы постнатального диспансерного наблюдения прооперировано 8(8,5%) детей.

**Обсуждение и результаты.** Распространенность пиелюктазий среди исследуемой популяции по данным пренатального УЗИ составила 2,5/1000. Все новорожденные с пренатально выявленной пиелюктазией нуждаются в динамическом наблюдении: в выявляемой структуре урологических заболеваний преобладают обструктивные уropатии. У большинства детей течение заболевания благоприятное: у 26 произошло саморазрешение ко дню первого УЗИ, а еще у 28 с постнатально подтвержденными пиелюктазиями или другими заболеваниями, саморазрешение отмечено в течение первого года жизни. Важность динамического наблюдения подтверждается тем, что у 8 детей потребовалась хирургическая коррекция выявленного порока.

В связи с тем, что врачи разных специальностей (лучевые диагносты, акушеры, урологи, нефрологи, неонатологи и др.), работающие на пренатальном и постнатальном этапах обследования плода и ребенка, понятие пиелюктазии трактуют по-разному, мы рекомендуем в последующем на междисциплинарном уровне руководствоваться рекомендациями общества пренатальных урологов(society for fetal urology)[5]. Их мнение о пиелюктазии как первой стадии гидронефроза совпадает с мнением других исследователей. Однако, т.к. в процессе естественного развития плода и ребенка размеры лоханки, диаметр чашечек, толщина паренхимы и др. критерии постоянно увеличиваются, - это затрудняет создание классификации с указанием размеров различных сегментов почки пригодной для использования на длительный период развития плода и ребенка. В связи с этим по данным УЗИ авторы выделяют 4 стадии гидронефроза не указывая размеры сегментов почки в абсолютных цифрах. Нулевая стадия – расширения ЧЛС нет. При 1-й стадии расширена только лоханка. Вторая стадия устанавливается при наличии расширения лоханки и отдельных чашечек (не всех). Расширение лоханки и значительное расширение всех групп чашечек без повреждения паренхимы свидетельствует о третьей стадии. В 4-й стадии расширение ЧЛС такое же как в 3-й стадии или большее, но, главное, имеется истончение паренхимы. По мнению авторов, их рекомендации могут использоваться для плодов и детей любого возраста и наиболее полезны при проведении массовых в т.ч. популяционных исследований.

**Выводы.** Пренатально установленная пиелюктазия - наиболее частое заболевание в структуре ВПР МС. У 54(57,4%) детей в последующем наступает саморазрешение аномалии: у 26 – пиелюктазия не подтверждается при 1-м постнатальном УЗИ, а у 28 саморазрешение происходит в течение первого года жизни. Для правильной интерпретации полученных данных и

составления программы дальнейшего обследования, лечения все новорожденные с данным заболеванием должны пройти УЗИ органов мочевой системы. Для унификации подходов к оценке пиелозктазии, улучшения преемственности между врачами, работающими на пренатальном и постнатальном этапах обследования плода и ребенка мы советуем руководствоваться рекомендациями общества пренатальных урологов.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Адаменко О.Б., Халепа З.А., Котова Л. Ю. Пренатальная ультразвуковая диагностика врожденных аномалий мочевыделительной системы//Дет. хир. – 2006. – №1.– С. 13-16.
2. Дерюгина Л.А., Вишневский Е.Л., Казанская И.В. и соавт. Пренатальная диагностика урологических заболеваний//Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2007. - №4. – С. 50-53.
3. Панина О.С. Течение пре-и постнатальной пиелозктазии// Детская хирургия. – 2008. - №1. – С.39-40.
4. Пугачев А.Г. Диагностика нарушений уродинамики верхних мочевых путей у новорожденных и грудных детей и лечебная тактика//Урология. – 1999. - №4. – С.3-6.
5. Fernbach S.K., Maizeis M., Conway J.J. Ultrasound grading of hydronephrosis: introduction to the system used by the Society for fetal Urology//Pediatr.Radiol. – 1993. – Vol.23. –P.478-480.