

Нікітіна Н. О., кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри пропедевтики педіатрії

Калашнікова К. А., кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри пропедевтики педіатрії

*Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ

Рання діагностика і своєчасне лікування гідронефрозу у дітей є важливою проблемою медицини в зв'язку з високою частотою, наполегливим перебігом і ранньої летальністю в результаті ниркової недостатності.

Аntenатально аномалії сечовивідних шляхів виявляють в 2-9 випадках на 1000 живонароджених, з них 50-87% складає гідронефроз (МКБ-10, Q 62.0) плода (як фізіологічний, так і патологічний). Постнатальна діагностика становить 2,8 випадків на 1000 новонароджених. Найбільш характерна лівостороння локалізація гідронефрозу, у 20-39 % - двостороння, при цьому в 2-3 рази частіше він зустрічається у хлопчиків. Зазначення в анамнезі жінки пієлоектазії (ПЕ) плоду підвищує ризик повторних випадків в 6,1 рази [1; 4; 9].

Однак, антенатальний фізіологічний гідронефроз в 41-88% випадків може зникати спонтанно [4; 6; 8; 9; 11].

Гідронефроз успадковується за аутосомно-домінантним типом та пов'язаний з HLA антигенами A9, B12, B35 [1; 2; 4; 6]. Причинами патологічного гідронефрозу є внутрішня обструкція: звуження мисково - сечовідного співустя (ЗМСС) (10-30%), здавлення сечовіду кровоносними судинами, ембріональними тяжами і спайками; нейрогенні дисфункції сечової системи та ін. Однак після народження частіше діагностують звуження уретеро-везикального сегмента, міхурово-сечовідний рефлюкс (7,3% - 11,3%) і задній уретральний клапан [1; 4; 8; 9].

Гідронефроз виявляється при синдромах Дауна, Патау (37%), Едвардса (18%), Тернера (8%) і триплоїдії (4%), майже у половини дітей він поєднується з мегауретером і іншими урологічними аномаліями [1; 3; 4].

Пренатальна діагностика. Клінічно в пренатальному періоді ряд авторів пропонують вважати збільшення передне-заднього розміру миски нирки більше ніж 5 мм у другому триместрі і більше ніж 8 мм в третьому триместрі як ПЕ, а перевищення 10 мм - гідронефрозом незалежно від терміну гестації [1; 3; 4; 10].

Існують різні **класифікації** гідронефрозу у внутрішньоутробної дитини, в тому, прийнята в 2014 році після міждисциплінарного консенсусу восьми академічних товариств [1; 4; 9]. На наш погляд, найбільш вдала з них цитована в [3].

При УЗД для уточнення прогнозу важлива стать внутрішньо - утробної дитини, тому що у плодів чоловічої статі ПЕ частіше транзиторна. Прогноз також залежить від локалізації: після народження він зберігається частіше при односторонньому (47 %) процесі, ніж при двосторонньому (26 %) [1; 4; 11; 12].

Тактика ведення вагітності та пологів залежить від наявності поєднаних і хромосомних аномалій, результатів пренатального каріо- типування і стану фетоплацентарного комплексу [1; 4; 5; 9].

Прогноз визначається термінами виявлення та ступенем ПЕ: при помірній ізольованій ПЕ частота у дітей від 2 міс. до 13 років становить 4,8 %. При прогресуванні ПЕ в III триместрі можливо «відмирання» нирки з подальшою відсутністю її функціонування. При зникненні вираженого гідронефрозу (35-50 мм) на початку III триместру можна очікувати пренатальне зморщування нирки [1; 3; 4; 5; 8; 9].

Поєднання ПЕ з іншими аномаліями може стати показником для переривання вагітності в термін до 22 тижнів [1; 4; 11; 12], а проведена внутрішньоутробна операція дозволить запобігти необоротну деструкцію нирок. Дostroкове пологове вирішення може знадобитися, якщо ізольований гідронефроз поєднується з маловоддям і антенатальним дистрессом плоду.

Клініка. При відсутності обструкції симптоми вродженого гідронефрозу мізерні (енурез, біль в животі невизначеної локалізації, гіпертонія) і він діагностується під час УЗД, при інфікуванні і виявленні протеїнурії, гематурії та піурії, а при наявності обструкції захворювання може дебютувати з ниркової коліки. Інфікування прискорює розвиток ниркової недостатності з усіма характерними для неї симптомами. [1-4; 9].

Рання неонатальна і постнатальна діагностика полягає у виявленні в сечовому осаді мікро- і макрогематурії, протеїнурії, при інфікованості - бактеріурії і нейтрофільної лейкоцитурії. Інструментальні дослідження (скринінгова УЗ-ехотомоскопія, екскреторна уро- графія, мікційна цистоуретрографія, радіоізотопна ренографія, динамічна сцинтиграфія, КТ і МРТ з ангіоконтрастуванням) проводяться для вирішення питання про необхідність хірургічної корекції.

Тактика ведення хворого з природженим гідронефрозом визначається ступенем гідронефрозу, наявністю обструкції і поєднаних аномалій розвитку. Лікування гідронефрозу 3-4 і 4 ступенів хірургічне, спрямоване на відновлення пасажу сечі і запобігання прогресування ниркової недостатності, що дозволяє уникнути нефроектомії. [1; 4; 5; 7; 11; 12]. Консервативна терапія пієлонефриту проводиться тривало і наполегливо, лікування також направлено на санацію вогнищ хронічної інфекції і загальне зміцнення організму.

Прогноз залежить від ступеню антенатального гідронефрозу, своєчасності оперативного лікування, наявності супутніх вад розвитку і ускладнень [1, 4, 8; 9]. У більшості випадків антенатальний гідронефроз зникає до моменту народження, понад 80 % пацієнтів з без- симптомною легкою (1 -2 ступеня) формою гідронефрозу стабілізуються до 1 року життя, а міхурово - сечовідний рефлюкс може вирішитися спонтанно до 4 років. Ефективність операції залежить від ступеня гідронефрозу і активності інфекції сечової системи.

Безперервна тривала антибактеріальна терапія високоефективна в 50-95 % випадків [1; 4; 8; 9; 11; 12].

Профілактика народження дитини з природженим гідронефрозом полягає в проведенні пренатальної діагностики гідронефрозу під час УЗ-скринінгу вагітних на 18-22-му тижні вагітності та в виявленні у майбутніх батьків антигенів A9, B12, B35 при НЛА-типуванні. Рання діагностика гідронефрозу дозволяє попередити розвиток ускладнень і оптимізувати прогноз захворювання шляхом своєчасної корекції аномалії та адекватної консервативної терапії [1; 4; 7; 8; 9; 11; 12].

Література:

1. Врожденные пороки развития: практ.рук. / В. Н. Запорожан [и др.]
Одесса: ОНМедУ, 2012. - 320 с.
2. Гельдт В.Г. Диагностика пороков мочевыделительной системы у новорожденных и грудных детей / В. Г. Гельдт, Г. И. Кузовлева // Педиатрия. - 2006. - № 1. - С. 87-94.
3. Медведев М.В. Пренатальная эхография: практ. рук. /
М. В. Медведев. -М. : Реальное время, 2005. - 560с.
4. Диагностика, клиника, лечение и прогноз при гидронефрозе почек / Н.А. Никитина, Е.А. Калашникова, С.Р. Галич, Т.В. Сочинская // Интегративна Антропология. - 2018. - № 1 (31). - С. 60-63.
5. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 29.12.2003 № 624 «Про затвердження Протоколів лікування дітей зі спеціальності «Дитяча урологія»: наказ МОЗ України № 140 від 18.03.2008 [Електронний ресурс] // Верховна Рада України: веб-сайт. - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0140282-08#Text>
6. Шевчук Д. В. До питання відведення сечі при вродженому гідронефрозі в дітей / Д. В.Шевчук, П. І. Волошин // Здоровье ребенка. - 2016. - № 5(73). - С. 147-153. - Doi: [http:// dx.doi.org/ 10.22141/2224-0551.5.73.2016.783192007](http://dx.doi.org/10.22141/2224-0551.5.73.2016.783192007).
7. Capolicchio J. P. Canadian Urological Association / Pediatric Urologist of Canada guide line on the investigation and management of antenatally detected hydronephrosis / J. P. Capolicchio, L. H. Braga, K.M. Szy- manski // Canadian Urological Association journal. - 2018. - Vol. 12. - P. 85-92.
8. Outcomes of Isolated Antenatal Hydronephrosis at First Year of Life / M. Orabi[et al.] // Oman medical journal. - 2018. - Vol. 33, N 2. - P. 126-132. - Doi: 10.5001 / omj. 2018.24.
9. Pediatric congenital hydronephrosis (ureteropelvic junction obstruction): Medical management guide / M. Kohno, T. Ogawa, Y. Kojima [et al.] // International journal of urology. - 2020. - Vol. 27, N 5. - P. 369-376. - Doi. Org / 10.1111 / iju. 14207.
10. Percent improvement in renal pelvis antero-posterior diameter (PI-APD): Prospective validation and further exploration of cut-off values that predict success after pediatric pyeloplasty supporting safe monitoring with ultrasound alone / M. Rickard [et al.] // Journal of pediatric urology. - 2016. - Vol. 12, N 4. - P. 228. -Doi: 10.1016 / j. jpurol. 2016.04.003.
11. Predictive factors of the outcomes of prenatal hydronephrosis / P. Bragagnini [et al.] // Archivospañoles de urologia.- 2016. - Vol. 69, N 10. - P. 680-690.
12. Predictors for the need of surgery in antenatally detected hydronephrosis due to UPJ obstruction - a prospective multivariate analysis / S. Arora [et al.] // Journal of pediatric urology. - 2015. - Vol. 11. N 5. - P. 248.- Doi: 10.1016 / jpurol.2015.02.008.