

ДОСВІД УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Муратова К.Г., Аленіна І.С., Колібаєва Т.Ф.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

За даними різних авторів частота міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР) у дітей висока, і становить від 35% до 66,4% серед дітей з інфекцією сечовивідних шляхів. Несвоєчасна діагностика МСР у половині випадків обумовлена відмовою батьків від проведення мікційної цистоуретерографії.

Мета дослідження полягала в удосконаленні ранньої неінвазивної діагностики МСР за даними ультразвукового дослідження (УЗД) при первинному зверненні.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 53 випадків з МСР різного ступеня у дітей з пієлонефритом віком від 3 місяців до 16 років шляхом співставлення клініко-анамнестичних даних, результатів УЗД нирок та мікційної цистоуретерографії. За статтю переважали дівчатка 34 (64,1±6,6%) проти 19 (35,8±6,6%) хлопчиків. Всі діти були госпіталізовані з активними проявами інфекції сечовивідних шляхів.

Результати та їх обговорення. Всім дітям проведено мікційну цистографію, за результатами якої I ступінь МСР мали 8 дітей, II ступінь – 30 (56,6±5,1%) дітей, III – IV ступінь виявлено у 15 дітей (28,3±4,8%). Також усім дітям проведено УЗД нирок з визначенням лінійних розмірів, об'ємів, товщини паренхіми, контурів нирок, оцінювали ехогенність паренхіми, стан чашково-мискової, стінки миски, стан сечоводів, паранефрія. Для дітей з II ст. МСР характерними ехоскопічними ознаками була помірна пієлоектазія у вихідному відділі миски, яка при проведенні УЗД вважалася еквівалентом екстраренальної миски, і свідчила про підвищення внутрішньониркового тиску. У 36±4,8% дітей з II ст. МСР мала місце двохконтурність стінок миски за відсутності лейкоцитурії, внаслідок тривалого уростазу, що вірогідно було пов'язано з втратою еластичних елементів сечових шляхів і є передумовою для розвитку склерозу. У дітей з III - IV ст МСР ехоскопічно було виявлено асиметрію лінійних розмірів нирок з різницею більше 1 см між органами, витоншення паренхіми на 5-7мм у порівнянні з контрлатеральною ниркою без МСР. Також у цих пацієнтів візуалізовано проксимальні та дистальні відділи сечоводів, що свідчило про їх атонію та порушення нейрорегуляторних механізмів сечовипускання.

Висновки. У дітей з різним ступенем МСР та першим епізодом інфекції сечових шляхів за даними УЗД можна виявити відмінні ехоскопічні ознаки пошкодження нирок, що може бути ультразвуковою основою для подальшої інтервенційної діагностики аномалій розвитку.