

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ДИЛАТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДИСФУНКЦИИ УРЕТОРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Негматова К.Н., Ростовская В.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет), Москва

Ведение детей с первичным пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) требует персонализированного подхода и объективного анализа данных обследования. Субъективность оценки степени ПМР при несоответствии дилатации чашечно-лоханочной системы диаметру дистального отдела мочеточника, отсутствие данных о функциональном состоянии уретеровезикального сегмента (УВС) приводят к ошибкам в формулировке диагноза и выборе тактики лечения больного.

Цель: оценить степень взаимного соответствия степени ПМР и индекса дилатации мочеточника (ИДМ), сопоставить ИДМ с доплерографическими признаками дисфункции УВС у детей с первичным ПМР.

Материал и методы. Проанализированы данные 97 пациентов (53 девочки, 44 мальчика) в возрасте от 4 мес. до 15 лет (средний возраст $4,6 \pm 3,2$ года). У 19 детей (19,6 %) ПМР был двусторонним, всего 135 мочеточников. Согласно Международной цистографической классификации ПМР был 1 степени ($n = 4$ детей/5 мочеточников; 4,1/3,7 %), 2 степени ($n = 28/36$; 28,8/26,7 %), 3 степени ($n = 46/62$; 47,4/45,9 %), 4 степени ($n = 11/17$; 11,3/12,6 %) и 5 степени ($n = 8/15$; 8,2/11,1 %). ИДМ рассчитывался как отношение наибольшего диаметра дистального отдела мочеточника к расстоянию между телами L1 и L3 позвонков (значения ИДМ при ПМР 1–2 степени в диапазоне 0,19–0,22; при ПМР 3 степени ИДМ = 0,23–0,39; при 4 степени ИДМ = 0,4–0,51 и при 5 степени $> 0,51$). Оценка функциональных нарушений УВС проводилась по доплерографическим показателям мочеточникового выброса (частота, направление, время, V_{max} , V_{min} , индекс резистентности IR).

Результаты. При сопоставлении значений ИДМ со степенью ПМР только у 9 детей (12 мочеточников) с ПМР 2 степени ($n = 3$; 4 мочеточника) и 3 степени ($n = 6$; 8 мочеточников) выявлено их несоответствие. ИДМ был выше, чем у других детей с такой же степенью ПМР ($p = 0,002$). В остальных 88 случаях не отмечено расхождений между степенью ПМР и значениями ИДМ. Количественные и качественные доплерографические показатели мочеточниковых выбросов у 30 детей (30,9 %; 39 мочеточников) с ПМР 1 ($n = 4$) и 2 ($n = 26$) степени достоверно не отличались от показателей нормы ($p = 0,75$): частота выбросов 3–5/мин, траектория выбросов в противоположную сторону под углом 30–500, скоростные показатели соответствовали возрастной норме. При сопоставлении значений ИДМ с показателями мочеточникового выброса у 65 детей (67,0 %; 94 мочеточника) с ПМР 3–5 степени установлено, что с увеличением степени ПМР и значений ИДМ на 0,1 единицы наблюдалось достоверное снижение частоты, времени, максимальной скорости, IR, изменение угла направления выбросов вдоль стенки мочевого пузыря 70–1000 ($p < 0,001$). Полученные данные отражали степень морфофункциональных нарушений в области УВС.

Выводы. Использование измерений ИДМ и показателей доплерографической визуализации дисфункции УВС способствует более точной характеристике ПМР и более правильному принятию клинических решений.