

© Коллектив авторов, 2003

**Т. И. Волкова, Т. В. Лукашова,  
А. А. Логинова, М. И. Файзуллова**

**УЗИ-СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА  
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ**

Педиатрический филиал центральной поликлиники № 6, г. Самара, РФ

Пороки развития и формирования органов мочевой системы (ОМС) у детей заслуживают значительного внимания врачей в качестве возможной основы нефропатий, приводящих к хронической почечной недостаточности и требующих своевременной терапевтической и хирургической коррекции.

У новорожденных часто отсутствуют признаки врожденных и наследственных болезней, которые развиваются постепенно и в манифестной фазе приводят к хроническим заболеваниям ОМС и инвалидизации у детей старшего возраста и взрослых.

К очевидным проявлениям поражения ОМС у новорожденных относятся мочевой синдром, абдоминальный синдром, отечный синдром, синдром дизурических расстройств, синдром интоксикации, врожденная гипотрофия и малые аномалии развития. При отсутствии явных проявлений поражения ОМС скрытые изменения часто остаются незамеченными. В нефрологии различают два варианта ранней диагностики. Первый вариант — это выявление патологии ОМС у ребенка, у которого уже появились симптомы заболевания. К ним прежде всего относятся классические клинические синдромы — мочевой, абдоминальный, отечный, гипертензионный и синдром дизурических расстройств. Второй вариант предусматривает раннюю диагностику патологии ОМС у практически здоровых детей при массовых исследованиях. В основу скрининга положены следующие признаки: семейная отягощенность по патологии почек, бессимптомная гипо- и гипертония, абдоминальный синдром, стигмы дизэмбриогенеза 5 и более. Обнаружение у ребенка 2 и более признаков свидетельствует о вероятности наличия у него патологии ОМС. Использование перечисленных признаков при проведении скрининг-обследования детей первых месяцев жизни оказалось затруднительным и даже невозможным.

Скрининг-программы (от англ. to screen — просеивать) используются для выявления скрытых заболеваний при массовых обследованиях детей. В г. Самара в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ проводится скрининг новорожденных на два заболевания — фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. С июля 1998 г. на основании приказа Главного Управления здравоохранения «О совершенствовании детской хирургичес-

кой помощи» в детской поликлинике введена УЗИ-скрининг-диагностика патологии брюшной полости и забрюшинного пространства у детей первых 3 месяцев жизни. УЗИ-скрининг — неинвазивный, практически безвредный метод обследования для ребенка, он предоставляет возможность проведения динамического наблюдения и является высоконформативным с редкими ложноположительными результатами. Метод недорог, расходы на содержание и лечение больных, ставших инвалидами из-за врожденной патологии почек, несоизмеримы со стоимостью скрининг-программы.

Целью нашей работы явилось исследование, свидетельствующее об эффективности использования УЗИ-обследования брюшной полости и забрюшинного пространства у детей первых 3 мес жизни для своевременного выявления патологии ОМС.

Всего обследовано 1096 пациентов: в 1998 г. — 172, в 1999 г. — 463, в 2000 г. — 461, таким образом, УЗИ-скринингом было охвачено в 1999 г. 96%, а в 2000 г. 97% детей до 3-месячного возраста, наблюдавшихся в поликлинике. Родители получали от врача полную информацию о программе, за ними было право на отказ от включения их ребенка в число обследуемых, но никто из родителей не отказался.

Каждый ребенок с выявленным при УЗИ пороком развития был осмотрен с целью выявления стигм дизэмбриогенеза. Родители заполняли анкету, в которой предполагалось ответить на вопросы: планировалась ли данная беременность; как она протекала; социальный статус семьи; наследственность. Проанализированы медицинские документы — история развития ребенка (форма № 112) и индивидуальная карта беременной и родильницы (форма № 111).

Исследование пациентов проводили на аппарате «Шимадзу-400» с датчиками линейным 5 МГц и конвексным 3,5 МГц.

По данным литературы, рекомендуется выделять следующие группы риска по развитию почечной патологии:

1) дети от матерей с отягощенным акушерским анамнезом; 2) дети от матерей, испытавших в период беременности воздействие тератогенных факторов; 3) дети из семей с нефропатиями; 4) новорожденные, родившиеся с внутриутробной гипотрофии; 5) незрелые к моменту

рождения; 6) дети с перинатальным повреждением нервной системы; 7) дети, перенесшие внутриутробную инфекцию; 8) новорожденные с гипербилирубинемией.

Распределение новорожденных по группам риска не позволило уменьшить количество детей, подлежащих УЗИ-обследованию, так как все без исключения новорожденные были отнесены к какой-либо одной или нескольким группам риска (табл. 1).

Матери 980 (89,5%) детей проходили УЗИ-обследование в декретированные сроки, ни в одном случае диагноз патологии ОМС не был поставлен пренатально. В результате УЗИ-обследования детей первых 3 месяцев жизни выявлены врожденные пороки развития (ВПР) в 1998 г. — у 5 (29 на 1000), в 1999 г. — у 9 (19,4 на 1000), в 2000 г. — у 5 (10,8 на 1000), всего у 19 (17,3 на 1000 обследованных) (табл. 2).

Только у одного ребенка с ВПР были проявления мочевого синдрома. Первично по данным УЗИ диагноз ВПР выставлен у 18 (95%) детей.

Более 5 стигм дизэмбриогенеза (в том числе «кожный» пупок, абсолютно короткая пуповина, головчатая гипоспадия, крипторхизм) обнаружено у 2 (10,5%) детей.

У 6 (31,5%) женщин был отягощенный акушерский анамнез. В 8 (42%) случаях беременность была запланиро-

Таблица 2

## Распределение наблюдавшихся больных по патологическим формам

Нозологические формы	Количество больных	
	абс.	%
<b>Патология мочевыделительной системы:</b>		
<b>Аномалии количества почек:</b>		
удвоение почек	3	16
единственная почка	1	5
<b>Аномалии дифференцировки почечных структур:</b>		
аплазия почки	1	5
гидронефроз	11	16
<b>Патология органов брюшной полости:</b>		
киста селезенки	1	5
<b>Сочетанная патология:</b>		
Гипоплазия правой почки, мегауретер слева, ППР слева, гипертрофия семенного бугорка	1	5
Киста брыжейки и гидронефроз	1	5

Таблица 1

## Распределение наблюдавшихся новорожденных по количеству групп риска по развитию патологии ОМС

Количество групп риска	Количество детей	
	абс.	%
1	2	0,2
2	214	19,5
3	252	23
4	225	20,6
5	239	21,8
6	143	13
7	19	1,7
8	2	0,2
<b>Итого</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>

ванной, при которой исключались все управляемые тератогенные факторы. Беременность не планированная, но желанная, то есть, когда не исключены тератогенные факторы (алкоголь, курение, излучение компьютера, ремонт в квартире) была у 2 женщин (10,5%); беременность не планированная, случайная — у 9 (47,5%) женщин.

Клиническим маркером ВПР считаются преждевременные роды. Среди наблюдавшихся больных один (5,25%) ребенок родился недоношенным и 3 (16%) детей родились незрелыми к сроку гестации. Один ребенок с единственной почкой был из двойни, его брат здоров. В тяжелом состоянии после рождения находились 3 (16%) детей, все остальные дети выписаны из родильного дома на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

У 8 (42%) детей в 2—3-месячном возрасте выявлена анемия, плохо поддающаяся лечению традиционными способами. Наследственная отягощенность по синдрому дисплазии соединительной ткани (у родственников варикозное расширение вен, близорукость, грыжа, гипermобильность суставов) отмечалась в 6 (31,5%) случаях, по заболеваниям

почек — в 6 (31,5%) случаях. У остальных детей родословную выяснить не удалось по причине малой информированности родителей.

4 (21%) ребенка с ВПР родились в неблагополучных семьях, 15 (79%) детей — из семей с достатком ниже среднего.

11 (58%) из 19 детей с ВПР обследованы и пролечены в урологическом отделении областной клинической больницы, 8 (42%) находятся на динамическом амбулаторном наблюдении уролога. Прооперировано 5 (26,3%) детей, родители двоих отказались от операции. У всех 19 детей физическое развитие соответствует возрасту, отставание нервно-психического развития отмечено у 3 (16%), из них один родился глубоконедоношенным, 2 — из асоциальных семей.

Таким образом, УЗИ-скрининг патологии брюшной полости и забрюшинного пространства является обоснованным при обследовании детей первых месяцев жизни, выявление ВПР без УЗИ-скрининга в большинстве случаев невозможно.

УЗИ-скрининг является перспективным и недорогим диагностическим методом с высокой степенью выявления патологии на этапах, когда возможно провести терапевтические мероприятия и щадящие органосохраняющие операции, избежав в дальнейшем дорогостоящих методов лечения (гемодиализ, трансплантация почек и др.). Полученные результаты позволяют говорить о целесообразности и необходимости широкого внедрения в детских поликлиниках УЗИ-скрининга патологии брюшной полости и забрюшинного пространства детей первых месяцев жизни.