

БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ПИЕЛОСОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ

© *Н.А. Хватынец¹, В.В. Ростовская², К.М. Матюшина³*

¹ ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» (г. Москва);

² ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (г. Москва);

³ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ (г. Москва)

Введение. Диуретическая ультразвуковая пиелография (ДУПГ) — провокационный тест, позволяющий у детей с гидронефрозом оценить степень нарушения проходимости пиелоуретерального сегмента (ПУС) мочеточника по компенсаторным возможностям лоханки. Недостаточная сформированность тканевых структур стенок лоханки и ПУС, свойственная детям первых лет жизни, оказывает влияние на специфику формирования индивидуального «профиля» нарушения уродинамики при гидронефрозе и обуславливает сложности в однозначной трактовке результатов ДУПГ по оценке причины гидронефротической трансформации (ГНТ), определяющей прогноз и тактику лечения.

Цель исследования. Интегральная оценка функционального состояния уродинамической системы «лоханка — мочеточник» у детей грудного и раннего возраста с ГНТ на основе балльной оценки результатов ДУПГ.

Материалы и методы. 55 детям в возрасте от 3 до 36 мес. с 1–3-й степенями ГНТ(SFU) выполнена ДУПГ по методике клиники (Бабанин И.Л., 2010) с вычислением транзитного коэффициента пиелоуретерального сегмента (Krus), коэффициентов эффективности опорожнения (Ko) и адаптации (Ka) лоханки к повышенному потоку мочи, разное соотношение которых определяет разные варианты нарушения уродинамики ВМП.

Результаты. Обструктивно-гипертензионный вариант (ОГВ) нарушения уродинамики ВМП установлен у 18 детей с 1-й ($n = 1$), 2-й ($n = 5$) и 3-й ($n = 12$) степенями ГНТ. Обструктивный вариант (ОВ) уродинамики диагностирован у 20 детей с 1-й ($n = 2$), 2-й ($n = 8$)

и 3-й ($n = 10$) степенями ГНТ. Дезадапционный вариант (ДАВ) уродинамики ВМП имели 17 пациентов с 1-й ($n = 12$), 2-й ($n = 2$) и 3-й ($n = 3$) степенями ГНТ.

Учитывая различия в значениях коэффициентов при каждом варианте уродинамики ДУПГ, для оценки тяжести расстройств уродинамики ВМП был введен единый уродинамический показатель, количественно определяющий общую функциональную недостаточность ВМП у детей с гидронефрозом (ОФН ВМП).

Для получения общей балльной оценки степени ОФН ВМП проведено ранжирование коэффициентов [Krus (A), Ka (B), Ko (C)] по степени (d) их отклонения от нормы (0,93 и выше) по баллам от 0 до 4, которые суммируются ($Ad + Bd + Cd$): чем больше сумма баллов, тем тяжелее нарушения уродинамики ВМП. При балльной оценке уродинамических показателей от 1 до 3 диагностируют начальную, или легкую (I), степень тяжести, при сумме баллов 4–6 — умеренную (II) степень, при общей сумме баллов 7–9 — выраженную (III) степень, а при сумме баллов 10–12 — тяжелую (IV) степень тяжести функциональной недостаточности ВМП.

У большинства детей ($n = 15$) с ДАВ уродинамики степень нарушения функций ВМП соответствовала легкой (I), у 2 — умеренной (II). В группе детей с ОГВ выраженную степень ОФН ВМП (III) имели 50 % больных ($n = 9$), тяжелую (IV) степень — 5, в остальных случаях диагностированы легкие ($n = 1$) и умеренные ($n = 3$) нарушения функций системы «лоханка — мочеточник». У пациентов с ОВ уродинамики преобладала умеренная (II) степень нарушений ($n = 13$), выраженная (III)

и легкая (I) степени ФП ВМП установлены в 5 и 2 наблюдениях. Степень изменения уродинамики, установленная по балльной системе оценки, достоверно коррелирует с морфометрическим показателем (соединительнотканно-мышечным коэффициентом) в препаратах лоханки/ПУС, полученных у оперированных детей с гидронефрозом.

Выводы. Введение единого интегрального показателя ДУПГ (ОФН ВМП) позволяет проводить индивидуальную оценку выраженности нарушения структурно-функционального состояния ВМП у детей грудного и раннего возраста с гидронефрозом ГНТ при разных вариантах нарушения мочевыведения, что способствует более обоснованному выбору оперативного пособия.

ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

© *К.И. Шапиро, А.В. Ресенчук*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Анализ состояния амбулаторной и стационарной урологической помощи проведен нами по данным официальных форм государственной статистической отчетности.

Стационарная помощь в 2015 году была представлена 832 урологическими койками для взрослых и 102 уроandroлогическими койками для детей. В общем коечном фонде города они составляют 2,3 %. Обеспеченность населения урологическими койками составляет $16,0 \pm 0,016$ на 100 000 жителей. 82,1 % урологических и 55,9 % уроandroлогических коек дислоцированы в медицинских организациях (МО), подчиненных субъекту Федерации, а остальные — в федеральных МО.

Всего пролечены в стационаре 36 324 взрослых пациента с болезнями мочевой системы, из них 72,2 % были госпитализированы по экстренным показаниям. Основной контингент госпитализированных составили пациенты четырех нозологических форм: 43,8 % — больные мочекаменной болезнью, 23,6 % — гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек, другими болезнями почки и мочеточника, 15,3 % — болезнями предстательной железы, 3,4 % — больные с почечной недостаточностью. На все остальные заболевания пришлось лишь 13,9 %.

Всего пролечено детей 5923, из них 69,6 % страдали гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек, другими болезнями почки и мочеточника, 2,9 % — мочекаменной болезнью, 1 % — почечной недостаточностью.

Анализ показателей работы стационарной помощи показал, что для урологических коек средняя длительность лечения составила у взрослых 7,6 дня, у детей — 9,8; летальность у взрослых — 0,3 %, у детей — 0; занятость койки в год у взрослых — 346,2 дня; для детских уроandroлогических коек — $8,4 \pm 1$ дня, 0 % и 382,1 дня соответственно.

Среди госпитализированных на урологические койки 44,0 % составили лица старше трудоспособного возраста. У них были выше показатели средней длительности лечения — 9,1 дня и летальность — 0,6 %.

Однако значительная часть больных с заболеваниями мочевой системы лечилась на койках других профилей (терапевтических, хирургических и др.). С учетом этих пациентов средняя длительность лечения больных с патологией мочевой системы составила 8,1 дня, летальность — 0,9 %; у больных старше трудоспособного возраста — 10,2 дня и 1,7 % соответственно.

Средняя длительность лечения больных с болезнями почек и мочеточников составила 9,1 дня, с почечной недостаточностью — 17,8 дня, мочекаменной болезнью — 6,3, болезнями предстательной железы — 9,5, другими болезнями мочевой системы — 8,5 дня.

Заметную роль в стационарном лечении больных с патологией мочевой системы играет хирургическая активность. Всего в 2015 году было проведено 25 387 операций, из них на