

Močovod ≥ 3 mm byl zachycen u 12 dětí (55 %), pánvička ≥ 5 mm u 21 dětí (95 %). Medián šíře močovodu byl 6,5 mm, medián průměru pánvičky 8 mm, medián šíře parenchymu 5 mm. Duplexní ledvina byla u 8 dětí (36 %), ledvina menší o 10 mm ve srovnání s kontralaterální ledvinou u 4 dětí (18 %).

Při statistickém vyhodnocení nebyla v hodnoceném souboru pacientů prokázána statisticky významná souvislost mezi sledovanými UZ parametry a průkazem VUR 4.–5. stupně.

Statisticky hodnocené parametrické údaje souboru jsou zaznamenány v tabulce 1.

Ve druhém souboru (po proběhlé APN) 84 dětí **byl vezikoureterální reflux 1.–5. stupně prokázán u 45 (53,6 %) dětí** – 23 dívek (51 %), 22 chlapců (45 %). Průměrný věk provedení MCUG byl 8,1 měsíců, medián 7 měsíců (1–24). **Vezikoureterální reflux 4.–5. stupně jsme diagnostikovali u 24 dětí (28,6 %) – 11 dívek (46 %), 13 chlapců (54 %).** Průměrný věk provedení MCUG prokazující vysokostupňový VUR byl 6,55 měsíců, medián 4,5 měsíců (1–17).

Vezikoureterální reflux 4.–5. stupně byl v celkovém počtu refluxů zastoupen v 53 %. Močovod ≥ 3 mm byl zachycen u 9 dětí (41 %), pánvička ≥ 5 mm u 19 dětí (86 %). Medián šíře močovodu byl 6 mm, medián průměru pánvičky 6 mm, medián šíře parenchymu 8 mm. Duplexní ledvina byla u 3 dětí (14 %), ledvina menší o 10 mm ve srovnání s kontralaterální ledvinou u 6 dětí (27 %).

Tab. 1. Výsledky ultrazvukového vyšetření – soubor pacientů s vezikoureterálním refluxem vyšetřovaných pro postnatálně zachycenou dilataci HMC

Tab. 1. Ultrasound results: cohort of patients with vesicoureteral reflux investigated for postnatal detection of upper urinary tract dilation

ledvina s VUR		VUR IV.–V. stupeň
šíře močovodu	∅	7,5 mm (4–16)
	medián	6,5 mm
příčný průměr pánvičky	∅	9,0 mm (0–20)
	medián	8 mm
tloušťka parenchymu	∅	6,5 mm (2–12)
	medián	5 mm

U pacientů vyšetřených po prodělané APN byla prokázána statisticky významná souvislost mezi příčným průměrem pánvičky < 8 mm a průkazem VUR 4.–5. stupně ($p=0,037$) a mezi tloušťkou parenchymu < 8 mm a průkazem VUR 4.–5. stupně ($p=0,019$).

Zklidnění chloralhydrátem bylo použito u 10 dětí (2 dívky, 8 chlapců).

Statisticky hodnocené parametrické údaje souboru jsou zaznamenány v tabulce 2.

DISKUZE

Přes současný pokrok ve vyšetřovacích metodách, zůstává stále mikční cystoureografie základním vyšetřením sloužící ke zhodnocení morfologie dolních močových cest a k průkazu vezikoureterálního refluxu. Jedná se o invazivní vyšetření s nutností zavedení močové cévky a s radiční zátěží pacienta. I při maximálně šetrném přístupu k dítěti s použitím preemptivní analgesie je mikční cystoureografie většinou dětí a jejich rodiči špatně tolerovaná. Hledají se ukazatele jiných vyšetřovacích metod, které by určily rizikové pacienty s vysokostupňovým VUR a s nebezpečím jizvení renálního parenchymu, a umožnily tak snížit počet vyšetřovaných dětí.

V dnešní době je velká část MCUG prováděna během vyšetřování asymptomatické dilatace horních močových cest, která je zachycena při ante-

Tab. 2. Výsledky ultrazvukového vyšetření – soubor pacientů s vezikoureterálním refluxem vyšetřených po prodělané akutní pyelonefritidě

Tab. 2. Ultrasound results: cohort of patients with vesicoureteral reflux investigated after having had acute pyelonephritis

ledvina s VUR		VUR 4.–5. stupeň
šíře močovodu	∅	8 mm (4–18)
	medián	6 mm
příčný průměr pánvičky	∅	6,95 mm (0–17)
	medián	6 mm
tloušťka parenchymu	∅	7,54 mm (2–11)
	medián	8 mm