

**«УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ – ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ»:** Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Під ред. В.М.Лісового, І.М.Антоняна та ін. – Харків, 2018. - 360 с.

У збірнику всебічно висвітлені питання найбільш поширених захворювань сечовидільної та статевих системи. У тематичних розділах представлені статті та тези, присвячені найбільш актуальним проблемам онкологічної, геріатричної та педіатричної урології; представлені досягнення візуальної та лабораторної діагностики, досвід хірургів-урологів і лікарів-репродуктологів. Особливу увагу приділено актуальним проблемам нефрологи, трансплантації та діалізу.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для урологів, андрологів, гінекологів, нефрологів, трансплантологів, хірургів, сексопатологів, сімейних лікарів і лікарів-інтернів.

**Редакційна колегія:** В.М. Лісовий, І.М. Антонян, Н.М.Андон'єва, Д.В.Щукін, І.А.Гарагатий, А.В.Аркатов, В.І. Савенков, Г.Г.Хареба, І.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.О.Торак

Редакція не відповідає за зміст статей, які представлені авторами.

УДК 616-616.6

аномалій нирок. Саме тому, метою нашого дослідження було визначення ефективності післяпологової діагностики вад розвитку сечових шляхів набуває значної актуальності для вибору потрібної тактики ведення таких хворих.

З метою реалізації поставленої мети, було обстежено 148 хворих із вадами розвитку нирок та верхніх сечових шляхів. Серед виявлених нозологічних форм захворювань зустрічалися: гідронефроз у 96 (64,86%) хворих, із них у 80 (83,3%) пацієнтів односторонній; мегауретер – у 54 (36,49%) хворих, з яких у 41 (75,9%) випадках мав односторонній характер; пієлоектазія (ПЕ) у 38 (25,66%) дітей, мультикістозна дисплазія нирок зустрічалася у 21 (14,19%) пацієнта групи дослідження. Групу контролю склали 57 дітей, вади розвитку діагностували пренатально. Постнатальна діагностика вродженого гідронефрозу та мегауретеру була заснована на проведенні ультразвукового та рентгенологічного досліджень. При проведенні мікційної цистографії у дітей з ВГ в жодному випадку не зафіксовано міхурові-сечовідного рефлюксу.

При оцінці артеріального ниркового кровотоку у дітей з ВГ в групах порівняння були відзначені зміни показників гемодинаміки. Середній показник індексу резистентності у дітей основної групи склав  $0,82 \pm 0,02$ . У дітей контрольної групи він був нижчим  $0,78 \pm 0,05$ , що свідчило про більш виражену ішемію нирки в порівнянні з пацієнтами основної групи ( $p < 0,05$ ). Клінічні прояви ВГ були обумовлені порушенням уродинаміки в ділянці ПУС та безпосередньо залежали від ступеню тяжкості вади. У дітей основної групи з ВГ в 22 (52,3%) випадках клінічні прояви були відсутні, а сечовий синдром в 25 (54,7%) випадків мав ізольований характер. Лейкоцитурія та протеїнурія відмічені у пацієнтів контрольної групи: відповідно 46 (85%) та 39 (72%) спостережень.

**Висновки.** Виявлені зміни уродинаміки, артеріального кровотоку патологічної нирки та аналіз клінічних проявів вад розвитку нирок та сечових шляхів показали погіршення перебігу вади при постнатальній верифікації діагнозу, що свідчить про необхідність поліпшення пренатальної діагностики аномалій розвитку сечової системи у дітей.

## **СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ**

*Спахі О.В., Печенюк М.О.*

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Вступ.** Аномалії розвитку сечовидільної системи (СВС) займають одне з перших місць серед усіх вроджених вад розвитку. За даними різних авторів частота зустрічаємості складає від 0,5 до 7,5 на 1000 новонароджених. Причиною для обстеження таких дітей є маніфестація інфекції сечовидільних шляхів, що є ускладненням основного захворювання. Раннє виявлення та своєчасно розпочате лікування попереджує розвиток ниркової недостатності та інвалідизацію.

**Мета.** Оптимізація ранньої діагностики та лікування вродженого гідронефрозу (ВГ) у дітей перших років життя.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз лікування 63 дітей з вродженим гідронефрозом, які знаходилися в клініці дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету з 2012 по 2017 роки. Хлопчиків було 33 (52,4%), дівчаток – 30 (47,6%). У дослідження увійшли діти від одного місяця до трьох років. Діти від одного місяця до 1 року склали 28 (44,4%), від 1 року до трьох років – 35 (55,6%). Всі хворі були розподілені на дві групи в залежності від наявності або відсутності пренатально виявленої вади розвитку сечовидільної системи. Так, першу групу - групу дослідження склали 36 дітей, у яких в анамнезі пренатально під час ультразвукового скринінгу виявлена вада розвитку СВС. У другу - групу контролю увійшло 27 дітей, у яких пренатально відхилень не було виявлено.

Всім дітям були проведені клініко-лабораторні, біохімічні аналізи, бактеріологічне дослідження сечі, рентгенологічні дослідження. При надходженні у відділення проводили ультразвукове дослідження органів сечовидільної системи.

**Результати дослідження.** Серед обстежених дітей в першій групі вроджений гідронефроз I-II ступеню виявлений у 23 (36.5%) дітей, III ступеню – у 11 (17.5%) і IV ступеню – у 2 (3.2%). У групі контролю гідронефроз I-II ступеню спостерігався у 7 (11.1%) дітей, III ступеню – у 14 (22.2%) дітей, IV ступеню – у 6 (9.5%) дітей. Всім дітям з ВГ I-II ступеню проводилося динамічне спостереження з сонологічним контролем. Діти з ВГ III та IV ступеню були прооперовані – виконана пластика піелоуретерального сегмента за Андерсеном-Хайнсом з визначенням рівня резекції миски, з відведенням сечі. У післяопераційному періоді явища пієлонефриту спостерігалися у 33%(11) прооперованих дітей групи контролю та 12%(4) дітей основної групи, що було достовірно ( $p<0,05$ ).

Дані катамнезу показали, що раннє виявлення вродженого гідронефрозу дозволяє покращити результати лікування та попередити розвиток ускладнень цієї патології, особливо у дітей перших років життя. Чим раніше верифікований ВГ, тим менше спостерігаються післяопераційні ускладнення.

**Висновки.** Своєчасне ультразвукове дослідження є неінвазивним методом ранньої діагностики вродженого гідронефрозу як у пренатальному так і у постнатальному періоді. При виявленні навіть малих відхилень сечовидільної системи за даними УЗД плоду, необхідне всебічне урологічне дослідження дитини у спеціалізованому стаціонарі.

## **ЕКТОПІЯ СЕЧОВОГО МІХУРА ЯК РОЗПОВСЮДЖЕНА АНОМАЛІЯ РОЗВИТКУ ОРГАНУ. ОКРЕМІ РИСИ ДО КЛІНІКО-АНАТОМІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

*Торяник І.І.*

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ»

Харківським національний медичний університет

Київський медичний університет

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗУ

Ектопія або екстрофія (розщеплення) сечового міхура за частотою зустрічаємості та клінічній значимості займає одне із перших місць серед аномалій розвитку цього органу сечовивідної системи. За даними статистики, extrophia, s. ectopia vesicae urinariae спостерігається у одного із новонароджених на 4,2- 42,0 тис. та становить серйозну проблему урологічної клініки. Ще відносно недавно згадана аномалія (за умов відсутності хірургічного втручання профільних спеціалістів) спричинювала летальний вирок майже у 100 % випадків захворювання (пієлонефрит) серед дитячого контингенту (від 1-2 до 15-16 років) із зазначеним діагнозом. З іншого боку, ектопія сечового міхура ставала майже нерозв'язною проблемою з огляду на естетичну складову перебігу захворювання (сеча безперервним чином орошала передню черевну стінку, викликаючи хронічне подразнення шкіри з подальшою її мацерацією та приєднанням патогенної мікрофлори). Отже, вивчення клініко-анатомічних особливостей зазначеної аномалії на сьогоднішній день видається своєчасним.

За умов виникнення ектопії сечового міхура передня стінка органу виявляється відсутньою, разом із цим є відсутньою і відповідна їй частина топографічно співвідносної передньої черевної стінки. Цікавим фактом залишаються дані щодо супутнього розщеплення уретри, лобкового симфізу (майже до 10 см). Макроскопічно зовні задня стінка сечового міхура розташовується відкрито у вигляді яскраво-червоного формування, ніжного, крихкотливого (ділянка органу виходить на поверхню через вільний простір розщеплени лобкового симфізу, у якому є відсутнім сполучнотканинний хрящ). Слизова оболонка органу набрякла, червона, з ознаками чисельних запалень, виразок, іноді білого нальоту, легко уразлива з крововиливами у підслизову основу. Гістологічно чисельні явища лімфо-

**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МАЛЬЧИКОВ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Боровской М.Б., Туренко И.А., Бухмин А.В., Головченко Е.О., Бублик А.В.*..... 204

**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР МОЧИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.**

*Головченко Е.О., Туренко И.А., Бухмин А.В., Боровской М.Б., Бублик А.В., Сторчак В.А.*..... 205

**ЦИТОКИНИ СЕЧІ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМ МЕГАУРЕТЕРОМ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЧЕРЕЗМІХУРОВИХ КОРЕКЦІЙ ВАД УРЕТЕРО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ**

*Драннік Г.М., Петербургський В.Ф., Нікуліна Г.Г., Мигаль Л.Я., Калініна Н.А., Сербіна І.Є., Каліщук О.А., Савченко В.С.*..... 206

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ (ОБЗОР)**

*Кривошей А.В., Матковская Т.Н., Бухмин А.В.*..... 208

**ВПЛИВ ПОКАЗНИКІВ ПОВЕДІНКОВОЇ РЕАКЦІЇ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ НА НЕОБХІДНІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ**

*Кокоркін О. Д.*..... 215

**ЕНЗИМОЛОГІЧНА ОЦІНКА СТАНУ ТУБУЛЯРНОГО АПАРАТА НИРКИ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МЕГАУРЕТЕРА У ДІТЕЙ**

*Нікуліна Г.Г., Сербіна І.Є., Петербургський В.Ф., Каліщук О.А., Мигаль Л.Я.*..... 216

**ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Русинко И.М., Русинко Н.М., Приходько А.А., Билык А.В., Билык Л.В., Вовк М.А., Квятковский Е.А., Коштура В.В.*..... 217

**ЕФЕКТИВНІСТЬ РАННЬОЇ ПОСТНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВАД РОЗВИТКУ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ**

*Спахі О. В., Кокоркін О. Д., Пахольчук О.П., Великанов В.Б., Магеррамов У.Б.*..... 219

**СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ**

*Спахі О.В., Печенюк М.О.*..... 220

**ЕКТОПИЯ СЕЧОВОГО МІХУРА ЯК РОЗПОВСЮДЖЕНА АНОМАЛІЯ РОЗВИТКУ ОРГАНУ. ОКРЕМІ РИСИ ДО КЛІНІКО-АНАТОМІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

*Торяник І.І.*..... 221

**ОСОБЕННОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ КАК ВАРИАНТ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

*Туренко И.А., Антонян И.М., Бухмин А.В.*..... 222

**СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА**

**УРЕТЕРОЛИТИАЗ – ГРАНИЦЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

*Антонян И.М., Зеленский А.И., Торах Т.А.*..... 226