

«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

Лечение препубертатных форм вторичного ГГ начинаем с 14 лет. Применяем андрогенозаместительную терапию для инициации развития и поддержания вторичных половых признаков. Однако, терапия препаратами тестостерона не приводит к увеличению размеров яичек и восстановления фертильности. Альтернативный метод лечения ГГ предусматривает назначение стимулирующей гормональной терапии препаратами гонадотропных гормонов.

С 14-летнего возраста при явлениях вторичного гипогонадизма проводим комплексную медикаментозную терапию препаратами хорионического гонадотропина (ХГ) в 3-4 цикла по 12 недель каждый.

Целью терапии ГГ является формирование вторичных половых признаков, половых органов, мужского строения тела, а в дальнейшем, по показаниям, назначение поддерживающей гормональной терапии андрогенами для обеспечения должной половой функции и сексуального поведения у подростков и молодых мужчин.

С 1985 года мы занимаемся лечением вторичного ГГ подростков и молодых мужчин. В своей практике мы применяли препараты ХГ Профази (фирма Serono), Прегнил (фирма Organon), ХГ (Россия). Последние 12 лет применяем препараты Хорагон и Менопур (Ferring).

В результате лечения Хорагоном и Менопуром у большинства подростков наблюдается увеличение яичек, мошонки и полового члена, развитие вторичных половых признаков, увеличение концентрации тестостерона в крови.

Согласно исследованиям ряда авторов и нашими данными монотерапия Хорагоном у пациентов с ГГ приводит к нормализации параметров спермограммы у 16,7-20% пациентов, которые начинали лечение в возрасте 14-15 лет. При этом, уровни гонадотропинов в их крови достоверно повышались, наблюдалось существенное увеличение размеров яичек.

В то же время необходимо помнить, что применение Хорагона у больных с вторичным ГГ нормализует уровень тестостерона в крови большинства пациентов, но далеко не у всех инициирует сперматогенез.

В перерывах между курсами стимулирующей терапии ХГ, уровень тестостерона может снижаться. В этот период необходимо назначать препараты тестостерона.

Вводим Хорагон по 1500 МЕд 3 раза в неделю а течении 3 месяцев с перерывом 1 месяц. Лечение длится в течении 1-2 лет.

С целью усиления действия гонадотропинов в комплекс лечения включаем АТФ, Ретаболил, глютаминовую кислоту, Гепадиф, Метандростенолон, Тиосульфат Натрия, Аевит.

С целью улучшения сперматогенеза и поддержания концентрации тестостерона на должном уровне последние годы этим пациентам в комплекс лечения включаем продукты пчеловодства

Гипогонадотропный гипогонадизм нуждается в своевременной диагностике и комплексном лечении. Самым благоприятным периодом для лечения является поздний препубертатный и ранний пубертатный периоды. Наши наблюдения показывают, что эффективность терапии ХГ существенно снижается, если начинать проводить лечение в 17-18 летнем возрасте.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАННЬОЇ ПОСТНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВАД РОЗВИТКУ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

Спахі О. В.¹, Кокоркін О. Д.¹, Пахольчук О. П.¹, Великанов В. Б.², Магеррамов У. Б.²

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

²КУ «ЗМБДЛ №5» м. Запоріжжя

У деяких випадках за умов неможливості верифікації вродженої вади сечової системи на пренатальному етапі, значну роль відіграє рання постнатальна діагностика вроджених

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.

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