

«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

нормальної роботи почки, що забезпечує відповідність між швидкістю мочеобразования и мочевыведения у здорових дітей, так і його можливе значення для розвитку патології почки в разі нічного енуреза у дітей [72, 73]. Гармонізація мочеобразования и мочевыведения залежить від співвідношення дії АДГ і аутокоидів (простагландин Е2).

У частини дітей з енурезом спостерігається своєрідне внутрішньопочечне перерозподілення реабсорбції води і іонів каналцевої рідини. В товстому восходящем відділі петлі Генле при енурезі утворюється надлишок аутокоидів, які пригнічують реабсорбцію іонів натрію, хлору, магнію і осмотично пов'язаної з ними води. Суттєво, що при цьому відбувається зменшення реабсорбції осмотично активних речовин, а не первинно зменшення реабсорбції осмотично вільної води. Зниження реабсорбції іонів, зокрема іонів натрію і осмотично пов'язаної з ними води в відділах нефрона, передшляхуючих збиральними трубками, призводить до більшому надходженню рідини в початкові відділи збиральних трубок. При нормальному рівні вазопресину це призводить до посиленої реабсорбції осмотично вільної води і одночасному посиленню виведення рідини ниркою. Встановлено, що реабсорбція катіонів в товстому восходящем відділі петлі Генле і в початкових відділах дистального сегмента посилюється під впливом АДГ і зменшується при дії простагландину Е2, що дало підставу передположити, що у дітей з енурезом зростання діуреза і екскреції ряду іонів з мочою може бути обумовлено як зменшенням секреції АДГ, так і посиленням локальної продукції аутокоидів в мозковій речовині нирки.

При співставленні екскреції ниркою простагландинів з виведенням окремих іонів і води в нічні години у пацієнтів з енурезом знайдено висока кореляція між виділенням ниркою простагландину Е2 і іонів натрію.

Виявлені дві патогенетичні форми участі нирок в розвитку енуреза у дітей: одна – викликана дефіцитом секреції АДГ, друга – зміненою секрецією аутокоидів, зміною співвідношення між АДГ і аутокоидами в регуляції транспорту води і іонів в нирці. При дисбалансі секреції ПГЕ2, посиленої його секреції, зменшується реабсорбція іонів натрію, осмотично активних речовин, зростає їх надходження з током мочі в збиральні трубки і з-за цього зростає кліренс осмотично активних речовин, кліренс осмотично вільної води. В патогенезі однієї з форм енуреза важливу роль грає зменшення іонорегулюючої функції нирки, обумовлене зменшенням реабсорбції осмотично активних речовин в товстому восходящем відділі петлі Генле. Друга форма енуреза пов'язана з дефіцитом секреції АДГ. Можна думати, що існують форми з різною ступенню вираженості дисбалансу в системі АДГ-аутокоиди.

Таким чином, основними причинами виникнення енуреза вважають дисбаланс в системі АДГ-аутокоиди, недолуг секрції вазопресину в нічні години, що призводить до нічної поліурії і невідповідності між нічним об'ємом мочі, ємністю мочевого бульбика і неспроможністю проснутися при наповненні мочевого бульбика во сні.

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

Кокоркін О. Д.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Хірургічні втручання у дітей, особливо при реконструктивних корекціях з приводу вроджених аномалій органів сечової системи, потребують застосування післяопераційного знеболення. Задля оцінки потреби в післяопераційному знеболенні клініцистами широко застосовується шкала болю Children's and Infants Postoperative Pain Scale (CHIPPS). Шкала

CHIPPS була розроблена W. Buttner і W. Finke для оцінки потреби в післяопераційному знеболюванні у новонароджених та дітей до 5 років. Оцінювалися плач, вираз обличчя, положення тулуба, положення ніг, рухове занепокоєння. Загальний підсумок - це сума балів за всіма 5 параметрами. Мінімальна оцінка дорівнює 0, а максимальна - 10 балів. Чим вище оцінка, тим інтенсивніший біль. Інтерпретація результатів дослідження: від 0 до 3 балів - біль відсутній, від 4 до 8 - необхідна планова анестезія, від 8 до 10 - необхідна термінова анестезія. Показники достовірності шкали CHIPPS: коефіцієнт достовірності дорівнює 0,93, чутливість шкали для потреби в анальгезії - 0,92-0,96, а специфічність у виборі методу та термінів анестезії - 0,74-0,95.

З метою визначення ступеню впливу хірургічного втручання на компенсаторні можливості організму дитини, досліджено 64 пацієнти, віком від 2 до 36 місяців. Усі діти мали підтверджені вроджені вади розвитку верхніх сечових шляхів, а саме – гідронефроз, мегауретер та мультикістозну дисплазію нирок. У пацієнтів групи контролю 54 (56,25%) превалювали діти з III-IV ступенем гідронефротичної трансформації та склали 39 (72,2%) хворих, в основній групі - гідронефроз III-IV ступеня відзначився у 25 (59,5%) пацієнтів. Важливо враховувати той факт, що нівелювання больового синдрому у дітей, оперованих з приводу гідронефрозу, проходило в достовірно короткі терміни. Так, в першу післяопераційну добу у дітей з III-IV ступенем гідронефрозу середній показник інтенсивності болю склав $6,1 \pm 0,5$, тоді як до 10 доби післяопераційного періоду - останній у дітей основної групи був зафіксований в межах $2,0 \pm 0,5$, тоді як в групі контролю цей показник склав $8,5 \pm 2,1$ і $4,0 \pm 0,5$ відповідно. В основній групі відзначалося помітне скорочення тривалості больового синдрому: відповідно групам $2,7 \pm 1,1$ в порівнянні з $5,5 \pm 2,1$ доби з групою контролю. Тривалість гіпертермії також була скороченою $7,4 \pm 1,2$ доби в групі контролю та $4,1 \pm 0,2$ доби в основній групі. У дітей основної групи достовірно швидше сталося купірування пієлонефриту та нормалізація уродинаміки. Таким чином, при аналізі раннього післяопераційного періоду в групах порівняння виявлено, що наслідки хірургічного втручання найменше позначилися на дітях основної групи. Це підтверджується достовірно більшою ранньою ліквідацією больового синдрому та гіпертермії. Тому застосування шкали оцінки післяопераційного болю дає змогу оцінити вплив показників поведінкової реакції дітей після хірургічної корекції вад розвитку нирок та верхніх сечових шляхів на необхідність післяопераційного знеболення.

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.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. Вроджена вада розвитку сечовода, або мегауретер (МУ), займає одне з чільних місць серед аномалій розвитку сечовивідної системи у дітей. МУ призводить до порушення уродинаміки, в результаті якого погіршується нирковий кровообіг та функціональний стан нирки. В лікуванні МУ застосовують метод уретероцистонеостомії, який дозволяє досягти ефективної корекції сечовідно-міхурового сегмента, але виникнення гіперактивності сечового міхура може негативно вплинути на нирку та її нефрони в післяопераційному періоді. Менш травматичною вважають екстравезикальну методику уретероцистонеостомії при корекції МУ.

Мета даної роботи – дослідження ферментних показників стану каналцевого апарата нефрону нирки у дітей з МУ при різних методах корекції уретеро-везикального сегмента: черезміхуровою уретероцистонеостомією та малоінвазивного екстравезикального метода.

Матеріал і методи. Обстежених нами 47 пацієнтів з МУ поділено на дві групи: група 1 – 23 дитини, яких було прооперовано черезміхурово, і група 2 – 24 дитини, які були піддані

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