



**24-25 ТРАВНЯ**

**УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ,  
НЕФРОЛОГІЯ —  
ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ,  
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

**МАТЕРІАЛИ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

«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

передаючися половим путём. У 8(42,1%) мальчиков воспалительных изменений не выявлено. У них был установлен диагноз невоспалительный абактериальный (застойный) простатит.

При ультразвуковом исследовании были выявлены следующие изменения в предстательной железе: увеличение размеров железы в сравнение с возрастными нормами (19), диффузное или очаговое повышение эхогенности паренхимы, гетерогенность паренхимы (5), микролиты (3), конкремент простаты (1), мелкие кисты в паренхиме (4).

Уретроскопия выполнена в одном наблюдении у подростка с стриктурой искусственной уретры. При этом было отмечено увеличение, гиперемия, наложение фибрина в области семенного бугорка.

Лечение подростков с простатитом проводилось по общепринятым схемам. Назначались препараты восстанавливающие кровообращение в малом тазу и микроциркуляцию в ПЖ (противовоспалительные, противоотечные средства); проводилась антибактериальная терапия, физиотерапия, иммунокорректирующая терапия, симптоматическое лечение.

При этом все подростки были разделены на две группы: 1-я группа больные бактериальным простатитом, 2-я группа подростки с абактериальным простатитом.

Больным 1-й группы проводилось лечение ИППП. При патологии уретры выполнены корректирующие операции и проведён курс антибактериальной терапии. У больных с хронической задержкой мочи на фоне миелодисплазии проводилась антибиотикотерапия в зависимости от антибиотикограммы и противорецидивная терапия ИМВП с рекомендацией изменения режима катетеризации и использование лубрицированных катетеров. Кроме этого все больные первой группы получали свечи Дистрептаза по 1 свече 2 раза в день 6 дней и Простамол Уно по 1 капсуле 1 раз в день на протяжении 1 месяца.

Во 2-й группе с абактериальным простатитом пациенты получали свечи Дистрептаза и Простамол Уно в соответствующих дозировках. Кроме этого рекомендовали вести подвижный образ жизни, занятия спортом или лечебной физкультурой.

У всех подростков отмечены положительные результаты проводимой терапии. Эффективность проводимой терапии оценивалась как субъективными критериями ликвидация боли, исчезновение дизурических явлений, так и объективными: уменьшение или нормализация размера и регрессия изменений структуры ПЖ по данным УЗИ, санация ИМВП и увеличение скорости потока мочи.

**Выводы.** Симптомы простатита у детей неспецифичны и требуют активного выявления, так как почти всегда развиваются на фоне другой патологии мочеполовой системы. Наиболее часто отмечаются жалобы на затруднённое, учащённое или болезненное мочеиспускание. Фактором риска развития простатита является рецидивирующая или резистентная к терапии ИМВП. Выявление и лечение простатита в детском возрасте предупреждает развитие хронического процесса в дальнейшем, что способствует улучшению качества жизни будущих мужчин.

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ**

*Бойко М.В., Харитонюк Л.Н., Островская О.А., Обертинский А.В., Шевченко К.В.*

КУ «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДООС»

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», г. Днепр

**Вступление.** Аномалии мочеполовой системы относятся к наиболее распространенным и составляют 45% всех врожденных пороков развития. Количество детей с аномалиями развития почек каждый год увеличивается. Среди обструктивных уротатий в детском возрасте нарушение проходимости пиело-уретерального сегмента (ПУС) находится на первом месте.

В настоящее время проблема ранней диагностики и прогноза обструктивных уропатий у детей является достаточно актуальной. При обследовании беременных женщин из числа выявленной патологии у 30% случаев диагностирована патология мочевыводящей системы. Внедрение пренатальной ультразвуковой диагностики позволяет своевременно выявить расширение чашечно-лоханочной системы и определиться с тактикой ведения больных в постнатальном периоде. Известно, что пиелэктазия, выявленная у плода, может носить, как транзиторный характер, так и свидетельствовать об обструкции.

**Целью** нашего исследования является ретроспективный анализ причин нарушения пассажа мочи, особенности оперативного лечения и послеоперационного ведения детей с диагнозом гидронефроз.

Гидронефроз – прогрессирующее расширение чашечно-лоханочного комплекса с последующей атрофией почечной паренхимы, развивающееся вследствие нарушения оттока мочи из почки. Гидронефроз подразделяют на 3 стадии: I стадия (пиелэктазия) – расширение только лоханки; II стадия – расширение лоханки и чашечек, уменьшение толщины паренхимы и значительное снижение функции почки; III стадия (терминальная) – атрофия паренхимы и превращение ее в тонкостенный мешок с полным отсутствием функции почки.

Вследствие развития пренатальной диагностики патология диагностируется на ранних стадиях беременности при УЗ-обследовании органов мочевыделительной системы плода. Развитие и улучшение УЗД почек у плода позволяет поставить диагноз на 16 - 23-й неделе внутриутробного развития в 76% случаев, а начиная с 24-й недели развития - в 100% случаев. Таким образом, одним из основных первостепенных методов обследования является УЗИ почек и мочевого пузыря, доплерография. При проведении УЗИ выявляется увеличение размеров почки за счет расширения лоханки и чашечек, истончение паренхимы и ее уплотнение. Обеднение кровотока в ткани почки, снижение кровотока в магистральных сосудах. При проведении внутривенной урографии характерно расширение лоханки, монетообразная деформация чашечек. Мочеточник чаще всего не контрастируется или визуализируется на отсроченных снимках. Расширение лоханки больше чем на 30% предыдущих данных является показанием к оперативному вмешательству. Максимальное увеличение размеров лоханки и чашечек визуализируется на поздних отсроченных снимках (цистография выполняется для исключения рефлюкса).

В качестве дополнительных методов обследования для дифференциальной диагностики при недостаточной информации в пользу гидронефроза, определения функционального состояния почек применяется - КТ с в/в усилением, МРТ.

При резком снижении функции почек проводится динамическая или статическая нефросцинтиграфию, особенно при терминальных стадиях гидронефроза для определения функционального состояния почки и решении вопроса об органоуносящей операции.

Лечение такого заболевания, как гидронефроз, предусматривает устранение причины, которая привела к развитию нарушения оттока мочи и предполагает хирургическое вмешательство. В настоящее время рассматриваются и сравниваются результаты эндоскопических и открытых оперативных вмешательств. По данным различных авторов при эндопиелотомии успех достигается у 85% больных, а при открытой люмботомии - 98%.

Оперативное лечение пренатально выявленного гидронефроза при установлении диагноза необходимо выполнить в течение первого года жизни. Оптимальный возраст – 4-6 месяцев. Это объясняется тем, что к этому периоду ребенок удваивает вес, увеличивается, длина тела.

10-20 лет назад оперативное лечение гидронефроза протекало с большим количеством осложнений - 20-30%, а в настоящее время количество осложнений снизилось до 4-8%.

Пренатально диагностированный гидронефроз может оставаться стабильным или улучшаться спонтанно. При нарастании степени дилатации и снижении функции почки необходимо проведение оперативного лечения. Риск возникновения развития почечной

недостаточности коррелируется с дилатацией лоханки и чашечек. Максимальный передне-задний размер лоханки при котором риск возникновения ХПН является минимальным, составляет 30мм.

При лечении больных детей, у которых значительно снижена функция почки, необходимо стремиться к проведению пиелопластики. Вероятность восстановления функции ослабленной гидронефротической почки очень велика и более целесообразно проводить раннее оперативное вмешательство.

В нашей клинике постоянно проводится ретроспективный анализ результатов лечения больных с аномалиями развития почек и мочеточников. Изучения опыта лечения детей с гидронефрозом составляет более 30 лет. За этот период менялись наши взгляды и способы оценки результатов лечения.

Последние данные – это результат 3-х последних лет нашей работы. Количество прооперированных больных составило 93 ребенка, преимущественно это были мальчики (61 против 32), чаще встречалось левостороннее поражение почки (65 против 23), у 5-и детей отмечалось двустороннее поражение. При этом у этих детей с одной стороны выявлено резкое уменьшение количества паренхимы. Это потребовало от нас проведение оперативного вмешательства в раннем грудном возрасте (2-3 месяца) с одной стороны, а через 2 месяца с другой стороны. Непосредственные результаты лечения этих детей свидетельствуют о восстановлении и развитии паренхимы и функции почки. Ранняя пренатальная диагностика привела к увеличению количества больных детей с данной патологией. Проведенный ретроспективный анализ выявил наиболее часто встречающиеся причины, вызывающие нарушение пассажа мочи: стриктура мочеточника, стриктура в сочетании с эмбриональными спайками, высокое отхождение мочеточника, атрезия мочеточника. Учитывая разнообразие причин, приводящих к нарушению пассажа мочи, вопрос выбора объема оперативного вмешательства и дренирование всегда решался индивидуально.

Резекционная пиелопластика по Хайнс-Андерсену включает полное разобщение лоханочно-мочеточникового сегмента, резекцию лоханки и мочеточника на небольшом протяжении, анастомоз мочеточника и лоханки. Важно оценить не только необходимый объем, правильный способ реконструкции ПУС, но и проведение отдельных его этапов.

Во время операции важно рассчитать необходимый для удаления ПУС, решается вопрос, какую часть измененной лоханки следует резецировать. Максимально большую часть расширенной лоханки чаще всего пытаются иссечь для восстановления нормальных размеров, но не всегда это оправдано. Ряд авторов считает, и мы к этому мнению также присоединяемся, что часть расширенной лоханки надо иссекать, так как оставшийся участок атоничной стенки лоханки может привести к образованию карманов, дискоординации сократительной функции. Однако полное удаление расширенной лоханки приводит к уменьшению объема, и тогда могут возникнуть уродинамические нарушения вследствие несоответствия нового, уменьшенного объема почечной лоханки объему расширенных чашечек. В нашей клинике мы столкнулись с такой ситуацией и получили у 2-х больных мочевые свищи, которые были ликвидированы стентированием.

Очень важен вопрос о величине участка резекции мочеточника. Участок резекции мочеточника должен быть увеличен на 0,8 см, поскольку нарушена над участком зоны сужения иннервация, может давать в последующем нарушение уродинамики и несостоятельность анастомоза. Особенно это важно при протяженных длинных стриктурах мочеточника, что требует принимать решение о необходимом дренировании. Недостаточно глубокий и протяженный разрез места сужения, нарушение процессов эпителизации и регенерации мышечного слоя могут привести к развитию стриктуры.

При анализе проведенного оперативного лечения больных с гидронефрозом мы обратили внимание на эффективность от использования нового шовного материала. Мы считаем, что это привело к снижению процента осложнений. Эффективность любой операции зависит не только от метода реконструкции ПУС, но и от адекватного дренирования почки,

длительности дренирования и эффективности антибактериальной терапии. Дренирование почки в послеоперационном периоде предпочтительно, однако не определены четкие показания к наружному (нефростомия, пиелостомия) или внутреннему (стентированию) дренированию почки, сроки дренирования и виды дренажей. В клинике накоплен большой опыт, проведен анализ дренирования и его эффективности от использования нефростомы, бездренажного ведения, пиелостомии и стентированию. Мы пришли к выводу, что при внутривисочечной лоханке, длинных стриктурах – стентирование оправдано. Но существуют и отрицательные моменты. С одной стороны – стентирование очень часто вызывает и поддерживает воспалительный процесс, служит источником раздражения и нейрогенных расстройств, что требует применения длительной антибактериальной терапии и спазмолитиков. С другой стороны – это дополнительные материальные затраты на приобретение стента и обеспечение наркоза в последующем при удалении. Поэтому внутреннее стентирование мы применяем строго индивидуально по показаниям.

При изучении нашего опыта лечения мы выявили, что в клинике на I этапе был выполнен уретеролиз 2-м детям с гидронефозом. Интраоперационно проводилась функциональная проба на проходимость ПУС и принято решение: резекцию ПУС не проводить. К сожалению, в последующем при обследовании этих детей нарушение уродинамики сохранялось, что потребовало проведения оперативного вмешательства по Андерсону-Хейнсу. Это объясняется данными гистологического исследования. Гистологическое исследование ПУС практически у большинства больных выявляет дефицит мышечных волокон по всей окружности с распространением на прилоханочный отдел мочеточника (гипоплазия). При этом выявлено, что межклеточные промежутки утолщены, мышечные клетки разобщены, основной состав – соединительная ткань и коллагеновые волокна. Необратимость структурных изменений обосновывает целесообразность проведения оперативного вмешательства резекции лоханки и верхней трети мочеточника с удалением измененного ПУС и создание полноценного ПУС.

За последние 3 года мы чаще используем пиелостомию и внутреннее стентирование (при внутривисочечном расположении лоханки и длинной стриктуре мочеточника). Возникшие осложнения мы связываем с протяженной стриктурой. В послеоперационном периоде после удаления пиелостомического дренажа в 3-х случаях возникли мочевые затеки, которые были ликвидированы путем стентирования мочеточников в течении 1 месяца, в дальнейшем ликвидация осложнения .

**Выводы:**

1. Пренатальное обследование приводит к увеличению количества выявленной врожденной патологии мочевыводящих путей. Это позволило проводить раннюю диагностику и оперативное лечение, что в свою очередь ведет к раннему восстановлению почки.

2. Оптимальный возраст проведения оперативного вмешательства – 4-6 месяцев.

3. Ранняя диагностика, усовершенствование дренирования мочевых путей, рациональная терапия в п/операционном периоде привело к снижению осложнений.

4. Ведение больных с изначально ослабленной, гидронефротически трансформированной почкой остается спорным, однако выполнение пластики пиелоретрального сегмента у грудных детей позволяет восстановить функцию почки, что приводит к уменьшению инвалидизации.

|   |     |
|---|-----|
| <b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ</b>                                   |     |
| <i>Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Соснин Н.Д., Шамраева Д.Н.....</i>   | 179 |
| <b>МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ</b>  |     |
| <i>Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Шамраева Д.Н.....</i>  | 181 |
| <b>КАПСУЛОТОМИЯ ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ФІБРОЗНОЇ КАПСУЛИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ.</b>  |     |
| <i>Довбиш М. А., Губарь А. О., Довбиш І. М., Унгурян О. Б.....</i>  | 182 |
| <b>МАЛОІНВАЗИВНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ ПРОЦЕСІВ НИРКИ ТА ПАРАНЕФРІЮ</b>   |     |
| <i>Загоруйко Р.Р., Борис Ю.Б., Воробець Д.З.....</i>  | 185 |
| <b>ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ</b>   |     |
| <i>Лесовой В.Н, Панасовский Н.Л., Аркатов А.В.....</i>  | 188 |
| <b>АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ</b>  |     |
| <i>Підмурняк О.О., Собчинський С.А., Собчинський К.С., Монастирський В.М., Войцешин В.В., Алешко О.А., Боюк В.В., Добровольський В.А., Дрозгоруб А.А.....</i> | 189 |
| <b>ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ТРАВМОВАНОГО СЕЧОВОДУ ПІД ЧАС РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ.</b>   |     |
| <i>Роцин Ю.В., Слободянюк Є.М., Ткаченко С.В., Серняк П.Ю.....</i>  | 191 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ, ЩО МАЄ РЕЦИДИВНИЙ ПЕРЕБІГ</b>   |     |
| <i>Савенков В.І., Земляніцина О.В., Міхнов Д.К.....</i>   | 192 |
| <b>ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ</b>  |     |
| <i>Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Слободянюк Е.Н., Ткаченко С.В., Серняк П.Ю.....</i>   | 194 |
| <b>ТРАНСОБТУРАТОРНЫЕ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПОЗАДИЛОБКОВАЯ ВЕЗИКОПЕКСИЯ И ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН</b>   |     |
| <i>Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Шамраева Д.Н.....</i>   | 195 |
| <b>НОВАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН</b>   |     |
| <i>Щукин Д.В., Турчин О.А., Гарагатый А.И., Антонян И.М., Лийченко В.А.....</i>   | 196 |

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УРОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ**

|  |     |
|--|-----|
| <b>ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ</b>   |     |
| <i>Антонян И.М., Россихин В.В., Бухмин А.В., Туренко И.А., Суманов С.В., Боровской М.Б., Головченко Е.О.....</i> | 199 |
| <b>НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ</b>   |     |
| <i>Бойко М.В., Харитонюк Л.Н., Островская О.А., Обертинский А.В., Шевченко К.В.....</i>                          | 200 |