



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

малоінвазивній корекції уретеро-везикального сегмента. Після хірургічної корекції уретеро-везикального сегмента проводили ензимуричну діагностику стану паренхіми нирок через 3-4 тижні і за 4-6 місяців після операції. В сечі пацієнтів визначали активність ферментів каналцевого епітелію: γ -глутамілтранспептидази (ГГТ) та нейтральної α -глюкозидази (НА) до та після операції. Активність ензимів виражали в мкмоль/год/ммоль креатиніну сечі.

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів показав наступне. У дітей групи 1 до операції рівень ГГТ в сечі дорівнював $122,8 \pm 13,3$, що у 5,4 рази більше норми ($22,9 \pm 2,0$). Після черезміхурової уретероцистостомії через 3-4 тижні сечова активність ГГТ була $129,7 \pm 19,6$, практично залишаючись такою ж, як до операції. І лише через 4-6 місяців спостерігалось суттєве зниження рівня ГГТ-урії (вдвічі порівняно з попереднім показником) до $62,3 \pm 6,7$. Проте цей показник ще залишався в 3 рази вище від норми.

В групі 2 активність ГГТ в сечі до операції дорівнювала $138,6 \pm 15,2$, що в 6 разів більше норми. Після екстравезикальної корекції уретеро-везикального сегмента через 3-4 тижні рівень ГГТ-урії знизився до $83,5 \pm 9,5$, що в 1,7 рази менше, ніж до операції. А через 4-6 місяців цей показник знизився ще істотніше – до $46,6 \pm 5,0$. Це в 2 рази менше від якогось через 3-4 тижні після операції.

Порівняння динаміки показників ГГТ сечі в групах 1 і 2 в ході лікування свідчить про те, що швидкість зменшення ГГТ-гіперензимурії була більше виражена після застосування екстравезикальної корекції МУ, ніж при черезміхуровій уретероцистостомії.

Визначення активності нейтральної α -глюкозидази (НА) в сечі показало, що у дітей з МУ до оперативної корекції в групі 1 вона дорівнювала $188,8 \pm 22,0$ і в групі 2 – $197,1 \pm 20,2$, що в 2,2-2,3 раза була вище норми ($84,9 \pm 6,4$).

За 3-4 тижні після хірургічного лікування в обох групах зберігалась НА-гіперензимурія, але з часом рівень активності НА поступово знижувався. При цьому швидкість зменшення НА-ензимурії була більшою у пацієнтів групи 2 (екстравезикальна корекція). Так, через 4-6 місяців в групі 1 активність НА становила $152,2 \pm 16,5$, що на 20% менше від доопераційного рівня, а в групі 2 – $132,7 \pm 15,5$, що на 33% нижче ніж до корекції МУ.

Висновки. Отже, застосування менш травматичної екстравезикальної методики корекції уретеро-везикального сегмента призводить до більш ранньої нормалізації реноспецифічної ферментурії в післяопераційному періоді, ніж при застосуванні методу черезміхурової уретероцистостомії, що вказує на більш раннє відновлення функціонального стану нирки при застосуванні екстравезикальної корекції уретеро-везикального сегмента.

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

*Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Приходько А.А.¹, Билык А.В.², Билык Л.В.³,
Вовк М.А.⁴, Квятковский Е.А.⁵, Коштура В.В.⁶*

¹КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДГС»; ²КУ «Никопольское ЦРБ» ДОС»;

³. КУ «Никопольский родильный дом» ДОС»; ⁴КУ «КСМП»ДОС»;

⁵КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДОС»; ⁶КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДОС»

Гипогонадизм у взрослых, приводящий к прекращению или снижению половой функции, бесплодию, различного рода соматических и нервно-психических заболеваний, нередко начинается на самых ранних этапах онтогенеза.

Диагностика гипогонадизма при выраженной симптоматике заболевания не представляет трудностей, особенно на поздних этапах полового созревания или в постпубертате. Препубертатные формы вторичного гипогонадизма (врожденные или приобретенные) характеризуются выраженным недоразвитием половых органов и вторичных половых признаков. Однако при этом определенные трудности представляет дифференциальная

диагностика первичних и вторичных форм тестикулярной недостаточности. Не менее сложным является выявление функциональных вариантов недостаточности пубертата (задержки пубертата) из всей совокупности нарушения полового созревания у мальчиков и подростков. Все это необходимо для решения основного вопроса, а именно тактики лечения данного контингента пациентов. Для этой цели в настоящее время кроме анамнеза и оценки физикальных параметров полового развития, проводится определение содержания в сыворотке крови половых и гонадотропных гормонов: тестостерона (Т), эстрадиола (Э2), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ). Одним из самых важных тестов диагностики гипогонадизма является исследование у пациентов уровней гонадотропинов в крови. По их уровню можно судить о генезе заболевания. Для установления степени андрогенной недостаточности необходимо определения содержания в крови общего и свободного Т.

При выявлении первичного гипогонадизма отмечается повышение уровня ФСГ и ЛГ в крови. При вторичном гипогонадизме и задержке полового развития уровни ФСГ и ЛГ снижены, а иногда - находятся в пределах нормы.

Следует отметить, что в настоящее время отсутствуют четкие возрастные нормативы половых и гонадотропных гормонов у мальчиков и подростков. Поэтому приходится ориентироваться на нормы, установленные для взрослых мужчин. Вторичному препубертатному гипогонадизму свойственно геноидно-эвнухоидное телосложение с уменьшением размеров кистей, стоп, нижней части лица, с выраженной феминизацией, гипотрофией полового члена, мошонки, наличием фимоза. Яички имеют дрябловатую консистенцию, уменьшены в объеме. У больных гипогонадизмом пубертатного возраста окружность яичек не превышает 5 см (норма – 9-13 см).

С целью выявления гипогонадного гипогонадизма (ГГ) и других андрологических заболеваний у мальчиков, подростков и юношей мы проводим андрологические осмотры мальчиков от рождения и до окончания средней школы или средних специальных учебных заведений, при прохождении медосмотров, при оформлении на работу в районе обслуживания нашего КУ «Д 12 ТМО» ДГС».

При выявлении нарушения полового развития – динамическое наблюдение за этими мальчиками до 11-13 лет с устранением урологической патологии органов мошонки, полового члена и паховых областей. У пациентов в 13-14 летнем возрасте в зависимости от степени андрогенной недостаточности выполняется комплексное лабораторное обследование и иммуноферментное исследование гормонов гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и половых гормонов.

В последние годы в связи с проведением в трех областях: Днепропетровской, Донецкой, Винницкой и г.Киев пилотного проекта по реформированию системы здравоохранения отмечены существенные затруднения в диагностике данной патологии. Это во многом связано с малой осведомленностью семейных врачей с проблемой гипогонадных состояний у мальчиков и подростков и нарушением налаженной системы ежегодных медицинских школьных осмотров.

Препубертатные гипогонадные состояния с выраженной недостаточностью полового развития нуждаются в применении на первых этапах лечения ударных доз андрогенов. Они должны обеспечить соответствующее развитие половых органов и вторичных признаков мужского пола. При этом используем пролонгированные препараты тестостерона (Сустанон-250, Омнадрен-250, Тестостерон энантат). Рекомендуются начинать лечение у подростков при достижении костного возраста – 13-15 лет. Препараты вводим внутримышечно с интервалом 3-4 недели. В дальнейшем переходим на поддерживающий курс андрогенотерапии. В качестве поддерживающей терапии также назначаем таблетированные формы андрогенов (Андриол, Проверон).

С 2007 года пациентам с 15-летнего возраста назначаем Небидо по 1000 мг. 1 раз в 3 месяца. Применяем комбинацию Небидо и Провирона.

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