

© Боднар Б.М., Пастернак І.І., Іринчин А.В., Бухмін О.В.

## **VIII НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ ДИТЯЧИХ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ "УРОДЖЕНІ ВАДИ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ, АНАЛІЗ ПОМИЛОК" (Львів, 2005)**

**Б.М.Боднар, І.І.Пастернак, А.В.Іринчин, О.В.Бухмін\***

*Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці), Харківська державна медична академія післядипломної освіти\**

---

На базі Львівського національного університету ім. Данила Галицького 20-21 жовтня 2005 року відбулася VIII науково-практична конференція дитячих урологів України "Уроджені вади сечових шляхів у дітей: сучасні підходи, аналіз помилок" під головуванням дитячого уролога України професора Д.А.Сеймівського. В роботі конференції взяла участь головний дитячий хірург України к.м.н. О.М.Горбатюк. Упродовж двох днів обговорено 25 доповідей, присвячених оперативному лікуванню гідронефрозу, пренатальній діагностиці пієлоектазій, лікуванню обструктивного уретерогідронефрозу та мегауретера, лікувальній тактиці з приводу патології подвоєної нирки, клінічній картині та лікувальній тактиці при ахалазії сечовода, ендоскопічному лікуванню міхурово-сечовідного рефлюксу та нетримання сечі, оперативному та консервативному лікуванню крипторхізму, оптимізації лікування гіпоспадії, питанням профілактики ускладнень уретропластики, антибіотикопротекції в дитячій урології тощо.

Ретельний аналіз сучасного стану урологічної допомоги дітям прозвучав у виступі головного дитячого уролога України професора Д.А.Сеймівського. Зі 112 спеціалістів з дитячої урології в Україні більшість має вищу і першу категорії. Забезпечення урологічними ліжками становить 0,82 на 10000 дитячого населення. Середня тривалість перебування на ліжку встановилася в межах 9,1-9,5. Серед захворювань сечової системи у дітей переважають пієлонеф-

рит і цистит, частіше вторинного походження з розладом уродинаміки.

Значна увага учасниками конференції приділена гідронефрозу в дітей раннього віку. Донецький досвід лікування 140 хворих до 3-річного віку з цією патологією переконує про необхідність оперативного лікування зразу ж після її виявлення. Автори (В.З.Москаленко та ін.) відмічають пряму залежність віддалених результатів від ступеня морфологічних і функціональних порушень у нирках. При двобічному процесі операцію виконують спочатку на боці тяжчого ураження. Зазначена тактика дозволила досягнути позитивного результату в 90% дітей. Проте харківські автори (В.В.В'юн) при виявленні пієлоектазії дотримуються стриманішої тактики, оскільки близько 50% випадків пієлоектазій, виявлених до народження або зразу ж після народження, згодом самостійно зникають. Наголошено на інформативності пренатальної УЗД природжених вад сечової системи, але з усіх пренатально діагностованих пієлоектазій після народження вади сечової системи підтверджені тільки в 36% випадків. Пієлоектазії до 13 мм клінічно не проявляються, 14-15 мм – потребують лікувальних заходів.

Господарі конференції (З.В.Ступницький та ін.) запропонували органозберігальний метод комплексної корекції пізніх стадій гідронефрозу. Суть методу полягає в поєднанні пластичної операції Андерсена-Хайнеса-Кучера із селективною резекцією стоншеної паренхіми

або ураженого кінця нирки. Методика застосована в 16 хворих, з них у 15 дітей функція оперованої нирки оцінена як задовільна.

Значна увага авторів приділена сучасним методам діагностики гідронефрозу та інших вад (В.В.Лапшин та ін., Харків). Зокрема, доплерографія дозволяє діагностувати одну з причин обструкції – додаткову нижньополярну судину, провести диференціацію обструктивного та не-обструктивного мегауретера, обструктивної форми гідронефрозу та функціональної пієлоектазії в неонатальній урології, що запобігає небезпечним оперативним втручанням.

Цікавий аналіз лікування 52 дітей з обструктивним мегауретером термінальної стадії подвоєного сечовода зробили В.Ф.Петербургський та ін. (Київ). Частота ускладнень після верхньої гемінефректомії при цій патології без видалення додаткового сечовода не відрізняється від частоти при традиційній нефректомії, але значно знижується ризик інтраопераційного ішемічного пошкодження основного сечовода.

Унікальним досвідом лікування 14 дітей з ахалазією сечовода поділився доцент О.В.Бухмін (Харків), який навів алгоритм діагностики цього захворювання. Запропонований метод оперативного лікування (поєднання Nitch-пластики бічної стінки сечового міхура з пластиком нижньої третини сечовода за методом Боарі з антирефлюксним захистом) особливо ефективний при довжині патологічної ділянки сечовода понад 5 см, коли традиційний прямий уретероцистоанастомоз накласти неможливо.

Учасниками конференції приділена увага хірургії міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР). З 1997 року у Запоріжжі (А.Е.Соловійов та ін.) прооперовано 163 дітей з цією патологією. Ендоскопічна корекція рефлюксу виявилася ефективною в 96,7 % випадках. Малоінвазивність, технічна простота, фізіологічність, можливість повторних втручань із-за рецидивів дають підстави вважати цю технологію методом вибору в лікуванні МСР у дітей. О.А.Каліщук (Київ) на основі аналізу результатів 175 ендоскопічних корекцій МСР доповів про такі причини незадовільних результатів: нейрогенна дисфункція сечового міхура, хронічний цистит, атипова будова вічка сечовода, високий ступінь МСР, технічні огріхи.

Актуальною проблемою досі є лікування гіпоспадії. Львівські автори (В.Бережний та ін.) оптимальним віком лікування гіпоспадії вважають одно-дворічний, перевагу віддають одномоментним операціям. За їх даними, у 89 хворих на гіпоспадію післяопераційні ускладнення виникли в 16,8% випадків. Переважну більшість ускладнень становили нориці неоуретри, стриктури, дивертикули, лікування яких виключно оперативне, з 67% ефективністю.

О.М.Зінченко (Київ) зауважив, що оперативне лікування гіпоспадії часто супроводжується ускладненнями навіть у висококваліфікованих хірургів. Автор навів результати лікування 30 дітей з норицею неоуретри, яким виконана пластика уретри клаптом шкіри на ніжці. Ускладнення виникли тільки у двох випадках.

Проблема лікування крипторхізму в дітей висвітлена у доповіді головного дитячого хірурга України О.М.Горбатюк на основі досвіду лікування 250 дітей. Виявлені імунологічні розлади та морфологічні зміни характеризують патологію як аутоімунне захворювання. Доведена доцільність ранньої хірургічної корекції – від 6-12 міс. до 1,5-річного віку.

А.Й.Наконечний та ін. (Львів) наголосили на неефективності консервативної терапії хворих на справжній крипторхізм. Водночас при несправжньому крипторхізмі, як найчастішій формі ретенції яєчок (81%), ефективність терапії хоріальним гонадотропіном досить висока (тільки 17,3% хлопчиків потребували операції). Оптимальним віком лікування є 5-9-річний.

Психоемоційні та деонтологічні наслідки орхектомії прозвучали у виступі А.Р.Поцюрка (Львів). Доповідач наголосив на порушенні психічної рівноваги, соціальній дезадаптації підлітків після видалення яєчка. Запропоновано переглянути техніку протезування із зануренням імплантата в мошонку.

У заключному виступі головний дитячий уролог України Д.А.Сеймівський позитивно відгукнувся про обговорені доповіді, зазначивши їх наукову новизну, інформативність та високий рівень підготовки авторів. Впровадження запропонованих нововведень у практичну урологію сприятиме покращанню діагностики та лікування природжених вад сечової системи в дітей.