

УРОЛОГІЯ

УДК 616.62-07-082-053.66

СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ ТА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМ УРОДИНАМІКИ

*В. А. Дігтяр, Л. М. Харитонюк, М. В. Бойко,
О. А. Островська, А. В. Обертинський, Є. О. Фролова,
К. В. Шевченко*

**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Дніпро,**

**КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня
«ДОР», м. Дніпро**

Вступ. Різноманіття і висока поширеність вад розвитку, тяжкість виникаючих ускладнень вимагають ранньої перинатальної діагностики.

Мета. Обґрунтувати ранню діагностику та корекцію вад розвитку, використання ендоскопічного методу лікування.

Матеріали та методи дослідження. Використані сонологічне обстеження із доплерографією, екскреторна урографія, мікційна цистоуретрографія.

Результати. В клініці обстежено та проліковано 135 хворих із гідронефрозом та 104 із мегауретер. Обструктивний мегауретер діагностовано у 44 дітей, рефлюксуючий у 42 та функціонально-необструктивний у 18. При лікуванні обструктивного мегауретера застосовувались уретерокутанеостоми, а в подальшому неоцистуретеронеостомії за Коеном, Політан-Леатбетером. 86 дітям із МСР виконана ендоскопічна антирефлюксна пластика УВС. 135 хворим із гідронефрозом виконана резекція ПУС з накладанням косоного пієлоуретерального анастомозу за Андерсенем-Хейнсом.

Висновки. Рання діагностика та удосконалення методик операцій дітей із гідронефрозом, використання малоінвазивних методів лікування дало можливість отримати добрі результати.

Ключові слова: діти, мегауретер, гідронефроз, лікування.

Вступ. Вади розвитку нирок і сечоводів складають 25-37 % серед загальної кількості урологічних хворих [3, с.5]. Різноманіття і висока поширеність вад розвитку нирок і сечоводів, тяжкість виникаючих ускладнень вимагають ранньої перинатальної діагностики. Перед сучасною перинатальною медициною стоять завдання щодо створення високоякісних діагностичних програм з виявлення вже у плода ознак вад розвитку сечовивідних шляхів, що дозволяють визначити тактику ведення хворого і передбачити результат, знизити ризик народження дітей з тяжкою вадою розвитку. Скринінг діагностика вродженої патології є перспективним напрямком ранньої діагностики в урології.

Рання і високоефективна діагностика в останні роки призвела до помітного збільшення кількості виявлених аномалій сечової системи у немовлят та дозволила розпочати ранню корекцію вади, запобігти розвитку тяжких і незворотніх ускладнень.

Мета роботи — обґрунтувати ранню діагностику та корекцію вад розвитку, використання ендоскопічних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження. В останнє десятиліття серед дитячого населення відмічається значне зростання кількості вроджених вад розвитку.

Першою ознакою обструктивної уропатії є розширення чашково-лоханочної системи (ЧЛС) — пієлоектазія. В якості діагностичного критерію пієлоектазії використовується значення передньо-заднього розміру ниркової миски при поперечному скануванні нирки розміри від 5 до 7мм та більше в період 18-23 неділі гестації, 10 мм на протязі останнього триместра та 12 мм при народженні повинні розглядатися, як відхилення від норми [6, с.10-11]. При збільшенні розмірів плоду і дозріванні паренхіми нирки порушення уродинаміки нирки прогресують, пієлоектазія зростає та може перетворитися в гідронефроз або уретерогідронефроз в залежності від рівня обструкції.

Гідронефроз (обструкція пієлоуретерального сегмента) — це розширення чашково-мискової системи нирки внаслідок порушення пасажу сечі в прилоханочному відділі. За даними Colodny (1980), обструкція пієлоуретерального сегмента становить до 80 % серед всіх аномалій нирки, що супроводжуються розширенням порожнинної системи нирки [7, с.14]. Обструкція в пієлоуретеральному сегменті у два рази частіше спостеріга-

ється у хлопчиків, особливо при виявленні патології в періоді новонародженості [7, с.15]. Домінує лівостороннє ураження нирки, в неонатальному періоді він зустрічається у 66 % хворих. Двосторонній гідронефроз спостерігається в 5-15 % випадків Williams D.L. [12, с.345]. Пієлоектазія на ранніх стадіях вагітності спостерігається досить часто у 1:800 плодів. До моменту пологів розширення ЧЛС виявляють у два рази рідше у 1:1500 новонароджених. Проте діагноз істинного гідронефрозу, що вимагає оперативного лікування, підтверджується тільки у третини дітей з перинатально виявленою пієлоектазією [7, с.15].

Чинником гідронефрозу у хворих найчастіше буває високе відходження сечоводу, ембріональні спайки, здавлючий сегмент сечоводу, фіксований перебіг сечоводу, стеноз лоханочно-сечовідного сегменту [6, с.9-10].

Необхідно також пам'ятати, що чинником обструкції в примисковому сегменті можуть бути підковоподібна нирка, подвоєння збиральної системи нирок (частіше розширена нижня половина подвоєної нирки); при сполученні із міхуро-сечовідним рефлюксом.

Діагностика урологічних захворювань у новонароджених та дітей раннього віку має свої особливості і вікові критерії. Неможливість застосування стандартних методів обстеження відразу після народження, таких, наприклад, як внутрішньовенна урографія, а також радіоізотопна ренографія, відсутність можливості проведення цистометрії, профілометрії уретри роблять актуальним пошук нових діагностичних методів виявлення урологічних захворювань у новонароджених дітей, таких як цистоскопія, дослідження генів системи HLA. Одним з найбільш перспективних методів діагностики та прогнозування перебігу захворювань нирок у дітей є УЗД. Розвиток і поліпшення УЗД нирок у плода дозволяє поставити діагноз на 16-23-му тижні внутрішньоутробного розвитку в 76 % випадків, а починаючи з 24-го тижня розвитку — в 100 % випадків [5, с.130]. У ранньому неонатальному періоді проводиться контрольне УЗД за участю неонатолога, акушера-гінеколога і дитячого уролога, що дозволяє виробити єдину тактику подальшого ведення хворого, забезпечує послідовність в лікуванні та ранню корекцію вади.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

В даний час найбільш інформативними методами виявлення обструкції пієлоуретерального сегмента вважають ультразвукове дослідження, екскреторну урографію і радіоізотопне дослідження. У немовлят перших місяців життя необхідно проводити диференційний діагноз гідронефрозу з пієлоектазією або функціональним розширенням ЧЛС, яке зникає самостійно в перебігу 3-6 місяців.

У постнатальному періоді використовують визначення ступеня ураження нирки за стандартами, застосовуваним для оцінки гідронефрозу фахівцями Товариства фетальних Урологів (Society of Fetal Urology):

- Ступінь I — розміри ниркового синуса до 10мм;
- Ступінь II — розміри ниркового синуса більше 10мм при екстраренальній і інтравенальній лоханці без дилатації чашечок;
- Ступінь III — дилатація чашечок при відсутності зменшення кортикального шару паренхіми;
- Ступінь IV — дилатація чашечок зі зменшенням кортикального шару [8, с.48-49].

Більшість дітей, народжених із нормальною функціонуючою ниркою, але яким виникла необхідність хірургічного лікування при зниженні функції, мали передньо-задній розмір лоханки більше 20мм при народженні [11, с.39-40].

При проведенні екскреторної урограми розширення порожнинної системи нирки, відсутність контрастування сечоводу, максимальне збільшення розмірів миски та чашок на пізніх відстрочених знімках свідчать про наявність гідронефрозу. Ознаками обструкції вважається збільшення розмірів миски та чашок на 30 % у порівнянні з вихідними розмірами.

Динамічна діуретична ізотопна реографія дозволяє аналізувати функцію кожної нирки та її евакуаторну функцію. Очевидним критерієм гідронефрозу — це дилатація та неможливість спорожнення розширеної миски після діуретичного навантаження.

Висока ціна та необхідність садації дітей грудного віку, проведення магнітно-резонансної терапії ускладнює її застосування. У старших дітей МРТ являється цінним методом вибору, дає функціональну інформацію, як і традиційне ізотопне дослідження.

В останні роки відзначається значний прогрес в лікуванні гідронефрозу, але найбільш складна група дітей — це діти молодшого віку. Оперативне лікування гідронефрозу при постановці діагнозу необхідно виконати на протязі першого року життя. За даними Perlmutter et al (1980); Roth and Gonzales (1983), King et al (1984), оптимальний вік — це вік 4-6 місяців [7, с.16]. У цьому віці дитина подвоює свою вагу та значно збільшує довжину тіла, розміри нирок та сечоводів.

Лікування гідронефрозу у дітей до недавнього часу супроводжувалося високим відсотком післяопераційних ускладнень — 20-36 %. На сьогодні існують певні досягнення в лікуванні гідронефрозу. Широке використання УЗД нирок поліпшило діагностику гідронефрозу, у тому числі і в перинатальному періоді, а удосконалення методик операцій, раціональна антибактеріальна терапія дозволили знизити відсоток ускладнень до 4-8 %.

Визначається певна складність при лікуванні хворих із гідронефрозом зниженої функції нирки. Одні автори вважають необхідним в проведенні пієлопластики і функція дійсно відновлюється, але є випадки, коли функція не відновлюється. Тому безпечно виконання пієлопластики також при зниженні пренатально функції нирки.

Серед усіх вроджених вад розвитку сечо-статевої системи, виявлених за допомогою УЗД, 14,1 % складає обструктивний та рефлексуючий мегауретер [5, с.130; 4. с.48]. Під мегауретером ми розуміємо розширення сечоводу, викликане вродженою перешкодою до виділення сечі внаслідок дисплазії тканин сечоводу або в результаті міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР) на ґрунті неспроможності клапанного механізму вустя сечоводу. Виявляється у 1:10000. Частіше зустрічається у хлопчиків. Співвідношення хлопчиків до дівчаток — 4,8:1,0. Лівий сечовід уражається частіше 1,7-4,5:1,0. Двосторонній мегауретер зустрічається в 10-20 % випадків [8, с.47]. Відповідно до міжнародної класифікації, розрізняють три групи мегауретера: рефлексуючий (РМУ), обструктивний (ОМУ) і нерефлексуючий необструктивний. Кожну з цих груп поділяють на первинний та вторинний мегауретер. Причиною виникнення первинного (вродженого) обструктивного мегауретера вважають структур-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

ні порушення в м'язовому шарі дистального сегмента сечоводу, які характеризуються різним ступенем зменшення або відсутністю поздовжніх м'язових фіброзних волокон, гіпертрофією або гіперплазією циркулярних фіброзно-м'язових волокон або збільшенням сполучнотканинних волокон. Вторинний мегауретер може сформуватися внаслідок зовнішніх причин, таких, як нейрогенний сечовий міхур, обструкція шийки сечового міхура, здавлення сечоводу ззовні судиною, пухлиною [1, с.81-82].

При виявленні під час вагітності розширення сечоводу і ЧЛС нирки, повторне УЗД нирок проводиться в перші дні життя після народження у пацієнтів з єдиною ниркою або двостороннім ураженням. Ознаки розширення сечоводу (мегауретер або гідроуретер) можуть поступово зменшитися або зникнути протягом перших двох місяців життя. При зберіганні розширення проводять обстеження для виявлення наступних анатомічних особливостей: розмір сечоводу та наявність подвоєння порожнинної системи, наявність або відсутність уретероцеле, форма сечового міхура, розмір та його товщина.

УЗД з діуретичним навантаженням на тлі підвищеної гідратації і катетеризації сечового міхура дозволяє виявити компенсаторні можливості сечоводу і ЧЛС, оцінити ступінь стенозу сечоводу. Розвиток ультразвукової діагностики дозволяє розробити комплекс критеріїв диференціальної діагностики органічної та функціональної природи мегауретера: підвищення ехогенності паренхіми; товщина паренхіми 5мм і менше; контралатеральна гіпертрофія; підвищення індексу резистентності на різних рівнях; діаметр сечоводу 10 мм і більше; неперистальтуючий сечовід [5, с.133]. Сума цих критеріїв дозволяє діагностувати обструктивну і необструктивну уропатію на різних рівнях.

Невід'ємною частиною діагностики при патології сечоводів є екскреторна урографія, яка дозволяє оцінити, як анатомію нирок і сечоводів, так і концентраційну і видільну функцію органу. Мікційна цистоуретрографія виконується для виявлення МСР (міхурово-сечовідного рефлюксу) і оцінки контуру сечового міхура при його заповненні і після випорожнення. Визначають наявність і обсяг залишкової сечі. У хлопчиків з двостороннім мегауретером обов'язково повинен бути виключений клапан задньої уретри. Для виключення нейрогенних дисфунк-

цій (спінальних порушень функції сечового міхура) дослідження доцільно проводити при випорожненні сечового міхура або наявності в міхурі уретрального катетера протягом усього обстеження. При наявності гіпопластично-диспластичних порушень будови нирок рекомендовано проведення нефросцинтиграфії.

Лікування мегауретера, виявленого у новонародженого, може зажадати дренивання через загострення пієлонефриту, оскільки антибактеріальна терапія може давати лише короткочасний ефект. Додатково величезна дилатація сечоводу може бути дренована уретерокутанеостомою, пієлостомою або нефростомою, які дуже часто дозволяють зменшити розміри сечоводу, поліпшити його скоротливу здатність [8, с.49]. Радикальне лікування вади розвитку у новонароджених і дітей перших місяців життя виконують рідко. Доцільно, якщо дозволяє стан, відкласти операцію до терміну, коли дитина зростає і додає в масі до 70-100 %. У цьому віці можна більш точно оцінити функцію нирок і стан уродинаміки. У дітей відбуваються процеси дозрівання і нерідко необхідність в операції відпадає [8, с.49-50]. У більш старшому віці можливе використання ендоскопічних методів корекції вади, як метод підготовки до основної операції.

Основна мета хірургічного лікування — усунення обструкції, відновлення нормального відтоку сечі і функції порожнинної системи, виконання уретероцистонеоімплантації (імплантація сечоводу в сечовий міхур) з антирефлюксним захистом і збереженням функції нирки без віддалених ускладнень.

Результати. У клініці за 7 років обстежено 373 дитини молодшого віку. Зміни розмірів чашково-мискової системи виявлені внутрішньоутробно у 252 дітей, решта дітей надійшли у зв'язку з розвиненими ускладненнями, які проявилися запальними процесами і різким порушенням уродинаміки. Серед даної групи хворих, хлопчики склали 290 (79 %). Після народження, всім дітям протягом першого місяця життя було проведено контрольне ультразвукове обстеження, під час якого зіставлялися дані перинатального спостереження з розмірами нирок, лоханок та чашечок, товщиною паренхіми народженої дитини і визначалися з діагнозом. З 252 хворих, яким внутрішньоут-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

робно або в перші місяці життя діагностована пієлоектазія, в процесі динамічного спостереження розширення чашково-лоханочної системи зменшилося у 49 дітей, що склало 19,5 %.

Група новонароджених, у яких зберігалось розширення чашково-мискової системи і сечоводів в перебігу декількох місяців після народження, при обстеженні виявлено мегауретер. Особливо важливим у діагностиці даної вади розвитку є встановлення причини розширення сечоводу і чашково-мискової системи, наявності обструкції або рефлюксу. Цю групу хворих склали 104 дітей (27,8 %). Переважну більшість цієї групи склали хлопчики (71,6 %). За класифікацією: обструктивний мегауретер діагностований у 44 дітей, що склало 42,7 %, функціонально-необструктивний — 18(16,5 %) дітей та рефлюксуючий у 42 (40,8 %) дітей. Частіше всього процес локалізувався з 2-х сторін. Причиною обструкції стало уретероцеле у 20 дітей та стеноз міхуро-сечовідного співустя у 24 дітей. Виявлена обструкція проявлялася розвитком запального процесу і погіршенням стану хворої дитини, вимагала прийняття рішення відразу після встановлення діагнозу. За наявності обструкції сечоводу на тлі атрофії паренхіми хворим були виконані розвантажувальні підвісні та Т-подібні кутанеостоми. 9 дітям кутанеостоми накладені з двох сторін, за Sorber — 6. В подальшому через декілька (12-16) місяців дітям проводилось оперативне втручання — уретероцистнеостомія. Частіше використовувалась методика за Політан-Леадбетером, Коеном та двом дітям виконана операція Боарі. Закриття уретерокутанеостом проводилось через 3-4 місяці після реконструктивної операції при умові відновлення функції сечоводу. Інколи стоми закривались самостійно. В останні роки достатньо часто стали використовувати стентування сечоводів. У 20 хворих дітей причиною розширення порожнинної системи нирки і сечоводу стало уретероцеле. Ендоскопічно прооперовано 12 хворих, 8 дітям виконана цистостомія, висічення уретероцеле. При діагностиці рефлюксуючого сечоводу одним із важливих етапів є визначення причини, яка призвела до рефлюксу. Серед цієї групи хворих у більшості дітей виявлені тяжкі вроджені вади розвитку та захворювання центральної нервової системи. Вони стали причиною порушення уродинаміки, яка проявляла-

ся клінікою гіпорекфлекторного та гіперрефлекторного сечового міхура. 28 хворим проводилось лікування шляхом катетеризації сечового міхура катетером Фолея, 4 дітям була виконана пункційна цистостомія в зв'язку з затримкою сечовипускання (клапан задньої уретри, арефлекторний сечовий міхур). Дітям з міхурово-сечовідним рефлюксом IV-V ступеня проводилася консервативна терапія на протязі декількох місяців, спрямована на лікування запального процесу і стимуляцію сечоводів і сечового міхура. При відсутності позитивної динаміки були використані ендоскопічні методи лікування — підведення гелю. Ефективним методом лікування являється антирефлюксна ендоскопічна пластика уретеро-міхурового співустя [10, с.23; 4, с.48-50], яка виконана 86 дітям у віці 6-20 місяців. Проведення реконструктивних операцій за останні роки значно зменшилося, неоцистуретеростомії проводилися в старшому віці при неефективності ендоскопічного лікування. П'яти дітям була проведена неоцистуретеронеостомія за Політан-Леадбетером. Решті дітей цієї групи хворих виконана операція Коєна з добрим віддаленим наслідком. Досить складною при лікуванні виявилася група хворих з міхурово-залежною формою мегауретера, оскільки вона вимагала тривалого і клопіткого лікування.

Визначений інтерес викликає група хворих з функціонально-необструктивним мегауретером. В процесі лікування використовувалось стентування сечоводів на 3-4 місяці, катетеризація сечового міхура для відведення сечі на протязі 6-8 місяців на 3-4 тижні щомісячно. Ці діти не потребували лікування в ранньому віці.

У групи дітей перинатальні зміни сечової системи зберігалися на протязі 3-4 місяців неонатального періоду. За цими дітьми, при вираженому розширенні порожнинної системи та атрофії паренхіми нирки на тлі фізіологічно низького діурезу за рахунок морфофункціональної незрілості ниркової тканини і зниження клубочкової фільтрації, проводилося спостереження, потім рентгенологічне обстеження. Ця група хворих склала 135 дітей (51 %), у них діагностовано гідронефроз. Лівобічний процес був виявлений у 80 хворих, що склало 59,2 %; правобічний — у 42 хворих (30,8 %) і двосторонній — у 13(10 %). Порушення відтоку сечі у цієї групи дітей призвели до подальшого

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

розширення порожнинної системи нирки, визначалося її збільшення в розмірах та стоншення паренхіми. Абсолютним показанням до термінового проведення оперативного втручання при гідронефрозі розглядалося тільки різке збільшення нирок, яке викликало дихальні розлади або наявність гнійного пієлонефриту. У таких випадках 4 дітям була виконана розвантажувальна пункційна пієлостома, а потім в подальшому реконструктивна операція. Значне розширення чашково-мискової системи у 35 хворих зажадало проведення реконструктивного оперативного втручання в місячному віці. Решті 96 дітям першого року життя виконана резекція прилоханочного сегменту з накладанням косоного пієлоуретерального анастомозу за Андерсен-Хайнсом в більш старшому віці.

Висновки. Перинатально виявлене розширення чашково-лоханочної системи у дітей були підтверджені постнатально, що виправдовує необхідність огляду таких новонароджених відразу після народження дитячим урологом і визначення тактики ведення.

Ризик виникнення ниркової недостатності корелює із дилатацією лоханки та чашечок, межою, нижче якої ризик виникнення гострої ниркової недостатності, мінімальний передньо-задній розмір 30мм.

Необхідність оперування хворих із пренатально зниженою функцією нирок суперечлива, але безпечніше виконати пієлопластику навіть при зниженій функції нирок.

Динамічний моніторинг новонароджених та дітей першого року життя дозволяє своєчасно визначити тактику ведення і лікування хворих, що покращує результати лікування і знижує рівень інвалідності.

Рання діагностика та удосконалення методик операцій дітей з гідронефрозом, раціональна антибактеріальна терапія дозволили знизити відсоток ускладнень. Частіше стали використовувати стентування.

Використання малоінвазивних методів лікування — ендоскопічних методів корекції МСР та висічення уретероцеле знизило травматичність операцій та дало можливість отримати добрі результати лікування у дітей перших місяців та років життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Е. Вроджені вади розвитку сечових шляхів у дітей. -Тернопіль, Укрмедкнига. — 2000. — С. 51 -99.
2. Глыбочко П.В., Аляев Ю. Г. Гидронефроз. — Москва, ГЗОТАР. — Медиа, 2011.— 202 с.
3. Лопаткин Н.А., Люлько А. В. Аномалии мочевой системы. — «Здоров'я». — 1987. — с. 414.
4. Лопаткин Н.А., Путачев А.Г., Кудрявцев Ю. В. Патогенетические основы выбора лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей // Урология. — 2002. — № 1. — С. 47-50.
5. Москаленко В.З., Латышов К.В., Мальцев В. Н. Обструкция мочеточников у детей // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2002. — № 1. — С. 130-137.
6. Меновщикова Л.Б., Рудин Ю.Э., Гарманова Т.Н., Шадеркина. Клинические рекомендации по детской урологии-андрологии. — М.: Издательство «Перо». — 2015. — 240 с.
7. Рудин Ю. Е. Тактика лечения гидронефроза у детей младшего возраста // Детская хирургия . — 2000. — № 3. — С. 14-16.
8. Рудин Ю.Е. с соавторами. Методы отведения мочи при лечении мегауретера у детей // Урология. -2001. — № 4. — С. 46-50.
9. Сеймівський Д. А. Тактика лікування мегауретера у дітей в залежності від його клінічного варіанту // Хірургія дитячого віку. — 2009. —Т. 6, № 3(24). — С. 6-11.
10. Соловйов А.Є., Дмитряков В.О. [та інші]. Досвід ендоскопічного лікування міхурово-сечоводного рефлюкса у дітей // Праці науково-практичної конференції дитячих урологів України. — Київ. — 2005. — С.23-24.
11. Dhillon H. K. Prenatally diagnosed hydronephrosis: the Great Ormond Street experience. // Br. J. Urol. — 1998. — 81 (Suppl 2). — P. 39-41.
12. Williams D.I., Hulme-Moir I. Primary obstructive mega-ureter // Br. J. Urol. — 1970. — Apr, 42(2). — P. 345-349.

**Своевременное выявление
и тактика ведения детей младшего возраста
с нарушением уродинамики**

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

**ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
г. Днепр,
КУ «Днепропетровская областная детская клиническая
больница» ДООС », г. Днепр**

Введение. Многообразие и высокая распространенность пороков развития, тяжесть осложнений требуют ранней перинатальной диагностики.

Цель. Обосновать раннюю диагностику и коррекцию пороков развития, использование эндоскопического метода лечения.

Материалы и методы исследования. Использовано сонологическое обследование, экскреторная урография, микционная цистоуретрография.

Результаты. В клинике обследовано и пролечено 135 больных с гидронефрозом и 104 с мегауретер. Обструктивный мегауретер диагностирован у 44 детей, рефлюксирующий — 42 и функционально-необструктивный — 18. При лечении обструктивного мегауретера применялись уретерокутанеостомы, а в дальнейшем неоцистуретеронеостомии по Коэну, Политан-Леатбетеру. 86 детям с ПМР выполнена эндоскопическая антирефлюксная пластика УМС. 135 больным с гидронефрозом выполнена резекция ПУС с наложением косой пиелоуретерального анастомоза по Андерсену-Хейнсу.

Выводы. Ранняя диагностика и совершенствование методик операций детей с гидронефрозом, использование малоинвазивных методов лечения позволило получить хорошие результаты.

Ключевые слова: дети, мегауретер, гидронефроз, лечение.

Timeline detection and tactics of care of children of young age with violation of urodynamics

V. A. Dihtiar, L. N. Kharitoniuk, M. V. Boiko, O. A. Ostrovskaya, V. Obertynskyi, E. A. Frolova, K. V. Shevchenko

**Dnipropetrovsk Medical Academy, Dnipro,
Dnipropetrovsk Regional Children's Hospital, Dnipro**

Introduction. A diversity and high prevalence of malformations, the severity of complications require early perinatal diagnosis.

Goal. To substantiate the early diagnosis and correction of malformations, the use of endoscopic treatment.

Materials and methods of research. Sonological examination, excretory urography, and mixed cystourethrography were used.

Results. There were examined and treated 135 patients with hydronephrosis and 104 with megaureter. 44 children were found to have obstructive megaureter; refluxing and functionally non-obstructive megaureter were in 42 and 18 children, respectively. Ureterocutaneosomes and later neocystureteroneostomy by Cohen, Politan-Leatbeter were used for the treatment of obstructive megaureter. 86 children with PMR had endoscopicantireflux plastic UMS. 135 patients with hydronephrosis underwent PTC resection with superposition of oblique pyeloureteral anastomosis by Andersen-Heins.

Conclusions. Early diagnosis and improved surgical methods for treatment of children with hydronephrosis, the use of minimally invasive methods of treatment made it possible to obtain good results.

Key words: children, megaureter, hydronephrosis, treatment.

Відомості про авторів:

Дігтяр Валерій Андрійович — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою дитячої хірургії Дніпропетровської медичної академії МОЗ України. Адреса: м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9.

Харитонюк Людмила Миколаївна — кандидат медичних наук, доцент, завуч кафедри дитячої хірургії Дніпропетровської медичної академії МОЗ України. Адреса: м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9.

Бойко Марина Василівна — кандидат медичних наук, завідувач урологічним відділенням Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропетровської обласної ради. Адреса: м. Дніпро, вул. Космічна, 13.

Островська Оксана Анатоліївна — лікар урологічного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропетровської обласної ради. Адреса: м. Дніпро, вул. Космічна, 13.

Обертинський Антон Вікторович — лікар урологічного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропетровської обласної ради. Адреса: м. Дніпро, вул. Космічна, 13.

Фролова Євгенія Олександрівна — лікар нефрологічного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропетровської обласної ради. Адреса: м. Дніпро, вул. Космічна, 13.

Шевченко Крістіна Валеріївна — лікар урологічного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні Дніпропетровської обласної ради. Адреса: м. Дніпро, вул. Космічна, 13.