

«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

(Clavien IIIa), що потребувало проведення ТУР шейки мочевого пузыря – с хорошим ефектом.

Результати оперированих больных изучены через 3 месяца. Показатель международного опросника составил в среднем $7,2 \pm 1,1$ балла; индекс качества жизни - $2,3 \pm 0,4$ балла; максимальный поток мочи - $20,7 \pm 4,7$ мл/с, объем остаточной мочи не превышал 40 мл. Явлений недержания мочи не наблюдали ни у одного из пациентов. У всех больных отсутствовала дилатация верхних мочевых путей.

Выводы. Первичная эффективность трансуретральной монополярной энуклеорезекции предстательной железы при среднем объеме простаты (от 50 до 100 мл) составила 96,4%. Стеноз шейки мочевого пузыря с обструктивным мочеиспусканием отмечен в 2,3% наблюдений, что сопоставимо с данными мировой литературы. Считаем необходимым накопление опыта трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы, особенно ее выполнение при объеме простаты 100-150 мл, ввиду меньшей травматичности вмешательства, меньшей кровопотери, меньшего времени операции и периода восстановления мочеиспускания.

КАПСУЛОТОМІЯ ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ФІБРОЗНОЇ КАПСУЛИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ.

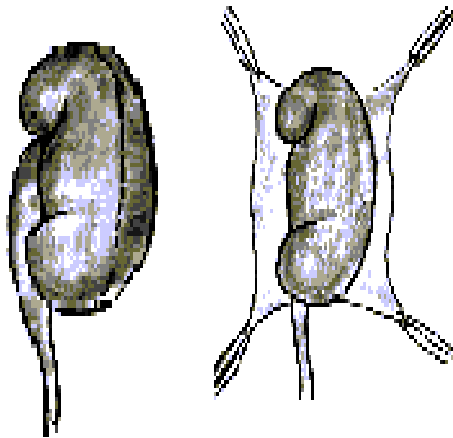
Довбиш М. А., Губарь А. О., Довбиш І. М., ас. Унгурян О. Б.

Запорізький медичний університет, кафедра урології, м. Запоріжжя

Лікування гострого пієлонефриту (ГП) актуальна проблема урології, частота якого не зменшується і складає від 30 до 80% [1, 2, 5]. Частота найбільш тяжкої форми ГП - гнійного гострого пієлонефриту (ГГП) внаслідок впровадження ендоскопічних методів лікування, перш за все сечокам'яної хвороби (СКХ), значно зменшилась, але з урологічної практики повністю не зникла. Значна частина випадків при ГГП завершується нефректомією [1, 3] в різні терміни. Тому для підвищення рівня медичної допомоги необхідно розробляти і впроваджувати нові способи лікування запальних уражень нирок.

Мета дослідження: підвищити ефективність хірургічного лікування гострого гнійного пієлонефриту за допомогою капсулотомії зі збереженням фіброзної капсули і її лімфатичних судин та дренажування утвореної підкапсульної щілини.

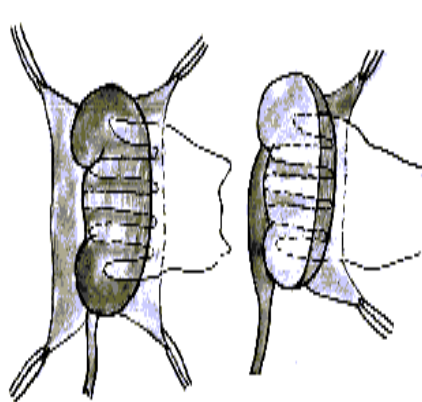
Матеріали та методи: спостерігали 38 хворих на ГГП віком від 20 до 73 років. У 30 пацієнтів він був вторинним внаслідок СКХ, а у 8 – первинний. Чоловіків було 29, жінок – 9, із них у 3-х осіб була вагітність. Застосовували загальноклінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні методи, клубочкову фільтрацію (КФ), ізотопну ренографію, мікробіологічні методи, ультразвукове і рентгенологічне дослідження, комп'ютерну томографію. Основну групу склали 21 пацієнт. Контрольну групу склали 17 осіб. В контрольній групі виконували тотальну декапсуляцію традиційним способом. Оперативне втручання хворим основної групи виконувалось по розробленій нами методиці [4]. Після видалення конкремента із сечових шляхів встановлювали нефростому частіш за все через нижню чашечку. Робили капсулотомію (рис. 1 А) по латеральному краю нирки. Лінія розтину проходила по середині найбільш випуклої частини латерального края нирки на 1 см ближче до її передньої поверхні. Відшаровували капсулу (рис. 1 Б) по передній та задній поверхні нирки від її паренхіми. Гнійники та карбункули розкривали навхрест. Для дренажування підкапсульної щілини готували гумову рукавичку слідуючим чином: пальцьову частину рукавички розтинали вдовж на дві рівні половини до середини п'ястної частини. Одну половину розрізаної рукавички вводили між капсулою і ниркою по передній поверхні (рис. 2 А, Б), а другу – по задній поверхні нирки. Завдяки чому нирка мов би розміщується в гумовій рукавичці. Зап'ястну частину рукавички виводили назовні і фіксували капроном до шкіри.



А

Б

Рис. 1. А–капсулотомія; Б–капсула



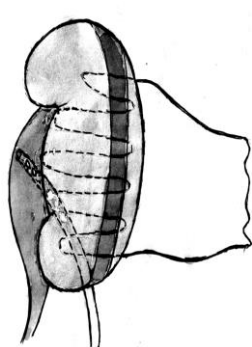
А

Б

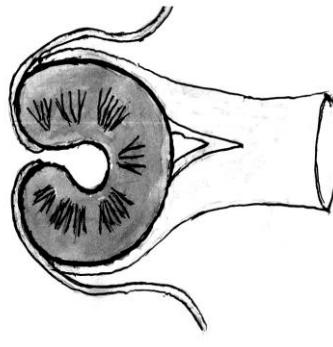
Рис. 2. А– гумова рукавичка

відшарована від нирки по передній та задній поверхні

розміщена на передній поверхні нирки;Б- – гумова рукавичка знаходиться між капсулою та передньою поверхнею нирки



А



Б

Рис. 3. А – дренаж з гумової рукавички на задній поверхні нирки; Б – дренаж з гумової рукавички між капсулою і ниркою по передній та задній її поверхні (вигляд зверху, поперечний розріз органу).

До нижнього полюсу нирки ставили гумову трубку. Гумову трубку вилучали із заочеревинного простору через 5 - 6 днів, а рукавичку – на 7 – 10 добу. Нефростомічний дренаж видаляли на 14-18 добу.

Отримані результати та їх обговорення. При шпиталізації всі хворі мали підвищену температуру. Після оперативного втручання у хворих основної групи протягом 7-и діб температура нормалізувалась у 95,1% пацієнтів, а у контрольній групі лише у 80,3% випадках.

Загальний стан хворих основної групи покращувався уже на наступну добу після операції. Лихоманка припинялась уже через одну добу. Через 2-3 доби відновлювався апетит, зменшувалась адинамія. У хворих контрольної групи загальний стан хворих покращувався тільки через 2 – 3 доби, у 64,7% випадках лихоманка спостерігалась протягом 3-х діб. Відновлення апетиту та зменшення адинамії у 88,2% випадках виникало через 5-6 діб.

До операції у хворих основної групи кількість лейкоцитів у крові сягала $12 \pm 0,6$. І на 7-у добу він дорівнював $8,8 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). Через 21 добу показник досягав нормальних величин

($7,1 \pm 0,3$). У хворих контрольної групи кількість лейкоцитів крові протягом 1-ї і 3-ї доби помірно збільшилась і тільки через 7 діб з'явилась тенденція до їх зменшення ($10,3 \pm 0,5$), через 14 діб показник складав ($9,2 \pm 0,6$). До операції вміст кількості паличкоядерних нейтрофілів у хворих обох груп дорівнював $16 \pm 1,9$. В основній групі кількість нейтрофілів не вірогідно зменшилась і на 7-у добу дорівнювала $7 \pm 0,7$ ($p < 0,001$), а на 14-у добу зрівнювались з нормальними показниками ($4 \pm 0,2$). У контрольній групі кількість нейтрофілів через добу не вірогідно збільшилась ($19 \pm 2,1$). З третьої доби паличкоядерний зсув став зменшуватись і тільки через 14 діб воно було вірогідним ($8,1 \pm 0,6$).

При вивченні функціонального стану нирок виявилось, що у хворих обох груп при шпиталізації креатинін крові був підвищеним (145 ± 13 мл/хв), відносно норми, а КФ зменшена ($63 \pm 6,5$ мл/хв). Через 3 доби у хворих основної групи креатинін крові практично залишився на тому ж рівні і тільки на 7-у добу він став помітно знижуватись досягаючи 122 ± 11 мл/хв ($p < 0,5$). Через 14 діб рівень креатиніна крові був на рівні ($p < 0,05$) нормальних величин ($93 \pm 6,2$ мл/хв). Клубочкова фільтрація через 3 доби помірно знизилась (56 ± 5), а потім з'явилась тенденція до її збільшення і на 14-у добу вона сягала 90 ± 4 мл/хв. ($p < 0,01$).

У хворих контрольної групи через 3 доби рівень креатиніна помірно підвищився до 159 ± 13 мл/хв. На 7-у добу він знизився до первонаочальних величин і через 14-ть діб дорівнював 124 ± 10 ($p > 0,5$), але залишався вищим норми. Клубочкова фільтрація через 3 доби значно знизилась і досягала $25 \pm 3,3$ мл/хв ($p < 0,001$). На 7-у добу і через 14-ть діб фільтрація підвищилась і сягала $55,4 \pm 7$ мл/хв ($p > 0,5$), залишаючись меншою ніж у хворих основної групи і норми.

При мікрбіологічному дослідженні інтерстиційної рідини, яка виділяється з гумової рукавички, отримується 10–50 млн. мікробних тіл на тампоні які резорбуються в клітковину за очеревинного простору, в той час як в сечі у цих же хворих отримано 500 тисяч – 1 млн бактерій в 1 мл.

Повна декапсуляція нирки порушує анатомічну цілісність та порушує поверхневу лімфатичну систему капсули. Гнійно-некротичні частки та інфікована інтерстиційна рідина виділяються в заочеревинний простір де всмоктується в лімфатичні судини. Внаслідок цього збільшується інтоксикація організму хворого і підтримується перебіг гнійно-некротичного процесу в нирці.

При капсулотомії перебіг післяопераційного періоду є більш сприятливим. Інфікована інтерстиційна рідина та гнійно-некротичні частки з паренхіми нирки потрапляють на внутрішню резорбуючу поверхню заднього листка фіброзної капсули з якої резорбуються і транспортуються в регіонарні лімфатичні вузли. Та частина інфікованої інтерстиційної рідини, яка не всмокталась в лімфатичні судини фіброзної капсули та регіонарні лімфатичні вузли, відводиться по гумовій рукавичці назовні. Це зменшує об'єм всмоктування інфікованих мас із тканин заочеревинного простору в грудний лімфатичний проток, а із нього в кровотік. Завдяки цьому зменшується ступінь інтоксикації організму хворого та прогресування гнійно-деструктивного процесу в нирці і заочеревинному просторі, запобігається виникнення уросепсису та зменшується кількість нефректomій з 33% в контрольній групі до 6,8% в основній, покращується перебіг післяопераційного періоду і зменшується ліжко-день.

Висновки. 1. Застосування при ГГП капсулотомії зі збереженням фіброзної капсули та її лімфатичних судин з дренажуванням підкапсульної щілини є фізіологічним і більш ефективним, як дає змогу досягти анатомо-функціональної цілісності нирки та її поверхневої лімфатичної системи.

2. Капсулотомія дозволяє підвищити ефективність лікування хворих, зменшити ступінь інтоксикації пацієнтів, покращити перебіг післяопераційного періоду та зменшити кількість нефректomій.

Список літератури

1. Возіанов О. Ф., Пасечніков С. П., Павлова Л. П. Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України // Урологія. - 2001. № 4. - С. 3 – 6.
2. Возіанов О. Ф., Люлько О. В. Атлас – руководство з урології: У 3 т. – 2 – е вид., переробл. та доп. – Дніпропетровськ: РВА “Дніпро-VAL”, 2001. – Т. 2. – С. 296 – 318.
3. Касимов М. М. Пределы консервативной терапии больных острым пиелонефритом // Труды международной научн. – практ. конф. Урологов и нефрологов. – Киев: Б. И., 2008. – С. 30 – 32.
4. Патент України 57376 А, МПК А61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування гострого пієлонефриту /Довбиш М. А. – // Промислова власність. - 2003. - № 6. – С. 4. 24.
5. Руководство по урологии / Под ред. Н. А. Лопаткина. - М.: Медицина, 2006. – Т. 2. – С. 281 - 282).

МАЛОІНВАЗИВНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ ПРОЦЕСІВ НИРКИ ТА ПАРАНЕФРІЮ

Загоруйко Р.Р., Борис Ю.Б., Воробець Д.З.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м.Львів

Гострий пієлонефрит складає 14% усіх захворювань нирок, його гнійні форми розвиваються в 1/3 хворих[1]. Останніми роками зросла кількість гострих пієлонефритів, переважно за рахунок зростання у 4-5 разів кількості гнійних форм [2]. Дана патологія часто є проявом ускладненої інфекції сечовидільних шляхів, що складає 84-86% всіх інфекцій сечостатевої системи [3]. Літературні дані вказують на важкий перебіг гнійно-деструктивних захворювань нирок, значні економічні та соціальні наслідки, оскільки велика кількість пацієнтів підлягає тривалій госпіталізації[4]. До останніх двох десятиріч загальноприйнятим методом лікування обструктивного гнійного пієлонефриту була відкрита операція, суть якої зводилась до ревізії нирки, нефростомії, декапсуляції, розсічення або висічення карбункулів, розкриття і дренивання абсцесів та навколониркового простору [5]. На даний час, у зв'язку з широким введенням у клінічну практику методів ультразвукової діагностики, використанням сучасних антибактеріальних препаратів, з'явилась можливість диференційованого підходу до вибору тактики лікування хворих з гнійним пієлонефритом та паранефритом на ґрунті (або без) обструкції сечовивідних шляхів, - черезшкірні методи дренивання гнійно-деструктивних утворів та відновлення пасажу сечі, як першої лінії лікування з подальшою консервативною терапією. Пункційний метод забезпечує спорожнення та адекватне дренивання гнійника без інфікування навколишніх тканин у зоні доступу до вогнища ураження. Окрім цього, існує категорія хворих, котрі через вираженість гнійно-запального процесу і супутніх захворювань знаходяться у важкому чи вкрай важкому стані, і для котрих відкрита операція пов'язана з високим ризиком для життя [6]. Тому, своєчасна діагностика гнійних процесів нирок та паранефрію, застосування малоінвазивних методів дренивання та моніторинг ефективності лікувальних заходів мають велике клінічне та соціальне значення. Принципово важливим є якомога ширше, проте обґрунтоване застосування малоінвазивних дренируючих технологій, на противагу відкритим травматичним операціям [7,8].

Метою роботи було вивчення ефективності та впровадження у практику малоінвазивних методів лікування абсцесів нирки, нагноєних кист та паранефритів на основі ретроспективного аналізу даних.

При цьому порівняно середній ліжкодень після відкритих та черезшкірних дренируючих методик, а також вплив різних оперативних втручань на відчуття болю пацієнтом, оціненого за середнім балом ВАШ (Візуальної аналогової шкали).

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 49 хворих з гнійними процесами нирки та паранефрального простору, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці урології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, в урологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні в період з січня 2012 року по січень 2017 року. Показами до черезшкірного дренивання під УЗ-контролем були: наявність абсцесу нирки розміром до 7,0 см; наявність паранефриту; наявність

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ
ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И
ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ**

Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Соснин Н.Д., Шамраева Д.Н...... 179

**МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
ПЕРВЫЙ ОПЫТ**

Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Шамраева Д.Н...... 181

**КАПСУЛОТОМІЯ ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ФІБРОЗНОЇ КАПСУЛИ В ЛІКУВАННІ
ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ.**

Довбиш М. А., Губарь А. О., Довбиш І. М., Унгурян О. Б...... 182

**МАЛОІНВАЗИВНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ ПРОЦЕСІВ НИРКИ
ТА ПАРАНЕФРІЮ**

Загоруйко Р.Р., Борис Ю.Б., Воробець Д.З...... 185

**ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР
БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ**

Лесовой В.Н, Панасовский Н.Л., Аркатов А.В...... 188

**АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ
ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ**

*Підмурняк О.О., Собчинський С.А., Собчинський К.С., Монастирський В.М.,
Войцешин В.В., Алешко О.А., Боюк В.В., Добровольський В.А., Дрогоруб А.А.*..... 189

**ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ТРАВМОВАНОГО
СЕЧОВОДУ ПІД ЧАС РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ.**

Роцин Ю.В., Слободянюк Є.М., Ткаченко С.В., Серняк П.Ю...... 191

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ, ЩО МАЄ
РЕЦИДИВНИЙ ПЕРЕБІГ**

Савенков В.І., Земляніцина О.В., Міхнов Д.К...... 192

**ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ**

Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Слободянюк Е.Н., Ткаченко С.В., Серняк П.Ю...... 194

**ТРАНСОБТУРАТОРНЫЕ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПОЗАДИЛОБКОВАЯ
ВЕЗИКОПЕКСИЯ И ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ В
ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

Шамраев С.Н., Ридченко М.А., Шамраева Д.Н...... 195

**НОВАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
У МУЖЧИН**

Щукин Д.В., Турчин О.А., Гарагатый А.И., Антонян И.М., Лийченко В.А...... 196

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УРОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

**ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МАЛЬЧИКОВ
И ПОДРОСТКОВ**

*Антонян И.М., Россихин В.В., Бухмин А.В., Туренко И.А.,
Суманов С.В., Боровской М.Б., Головченко Е.О.*..... 199

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Бойко М.В., Харитонюк Л.Н., Островская О.А., Обертинский А.В., Шевченко К.В...... 200