

УРОЛОГИЯ, АНДРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ – 2016: Материалы научно-практической конференции / Под ред. В.Н.Лесового, И.М.Антоняна и др. – Харьков, 2016. - 339 с.

В сборнике всесторонне освещены вопросы наиболее распространенных заболеваний мочевыделительной и половой системы. В тематических разделах представлены статьи и тезисы, посвященные наиболее актуальным проблемам онкологической, гериатрической и педиатрической урологии; представлены достижения визуальной и лабораторной диагностики, опыт хирургов-урологов и врачей-репродуктологов. Особое внимание уделено актуальным проблемам нефрологи, трансплантации и диализа.

Материалы представляют научный и практический интерес для урологов, андрологов, гинекологов, нефрологов, трансплантологов, хирургов, сексопатологов, семейных врачей и врачей-интернов.

Редакционная коллегия: В.Н. Лесовой, И.М. Антонян, Н.М.Андоньева, Д.В.Щукин, И.А.Гарагатый, А.В.Аркатов, В.И. Савенков, Г.Г.Хареба, И.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.А.Торак

Редакция не несет ответственности за содержание статей, представленных авторами.

УДК 616-01/09
ISBN 978-617-578-157-9

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА <i>А.В. Аркатов</i> г. Харьков	165
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ). <i>В.Ю. Белов, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова, В.В. Мегера</i> г. Харьков	166
ЭТАПЫ ОСВОЕНИЯ НОВЫХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ <i>Я.С. Березницкий, Р.Н. Молчанов, Р.В. Дука</i> г. Днепропетровск	168
ВИКОРИСТАННЯ ГОЛЬМІЄВОГО ЛАЗЕРА В ЛІКУВАННІ СТРИКТУР СЕЧОВОДУ <i>Ю.Б. Борис, С.М. Пасічник, Б.Ю. Борис, Т.Г. Кльофа</i> м. Львів	170
ЭКТОПИЯ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ <i>А.В. Бухмин, И.М. Антонян, В.В. Россихин, А.В. Шусь</i> г. Харьков	175
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТРОПЛАСТИК СЛОЖНЫХ СТРИКТУР МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА: ОПЫТ 12 ЛЕТ <i>С.А.Возианов, С.Н.Шамраев, Стусь В.П., Полион Н.Ю., И.А.Бабюк, А.И.Бойко, А.Л.Шарпило, М.А. Ридченко, С.И.Козачихина</i> г. Красный Лиман, г. Киев, г. Житомир, г. Днепропетровск, г. Москва	176
РЕЗУЛЬТАТИ ПРОМЕЖИННОЇ ПЛАСТИКИ СТРИКТУР ТА ОБЛІТЕРАЦІЙ ЗАДНЬОГО ВІДДІЛУ УРЕТРИ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ТАЗА <i>В.І. Горовий, І.В. Барало, О.М. Капишук, О.Л. Кобзін, Ю.Б. Потеха, А.В. Дубовий, В.Б. Мудрицький</i> г. Вінниця	182
ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ІНТРАВАГІНАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СФІНКТЕРА УРЕТРИ У ЖІНОК ІЗ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ <i>В.І. Горовий, О.В. Потеха, Ю.Б. Потеха, С.А. Костюченко, О.В. Горовий</i> м. Вінниця	184
БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ СИМУЛЬТАННОЇ ПЕРЕДОЧЕРЕВИННОЇ ПЛАСТИКИ ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ОДНОМОМЕНТНОЇ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ <i>І.В. Барало, В.І. Горовий, О.М. Капишук, О.Л. Кобзін, Ю.Б. Потеха, Б.І. Барало, О.В. Горовий</i> м. Вінниця	185
ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ <i>В.О. Дмитряков, М.С. Стоян, В.М. Свєкатун, В.Д. Поліщук, А.К. Стоян</i> м. Запоріжжя	186
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН <i>М.А. Довбыш, Г.В. Бачурин, А.Б. Унгурия, И.М. Довбыш, С. А. Дюдюн</i> г. Запорожье	187
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ <i>М.А. Довбыш, А.А. Попович, И.М. Довбыш, Е.М. Мищенко</i> г. Запорожье	189
ЛАПАРОСКОПІЧНА АДРЕНАЛЕКТОМІЯ (ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ) <i>Ю.М. Кудрявцев, В.В. Курта, С.О. Гіленко</i> м. Суми	191
РАСПИРЯЮЩАЯ ПЛАСТИКА СТРИКТУРЫ БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ <i>В.Н. Лесовой, Н.Л. Панасовский, А.В. Аркатов, Е.И. Ситникова</i> г. Харьков	193
ХИРУРГИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА <i>В.Н. Лесовой, Н.Л. Панасовский, А.В. Аркатов, Р.В. Щербаков, Е.И. Ситникова</i> г. Харьков	193
ПЛОД В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА <i>В.Н. Лесовой, Д.В. Шукин, Ю.С. Паращук, Р.А. Сафонов, К.В. Диденкова</i> г. Харьков	194
RE-DO ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ <i>А.М. Любчак, М.А. Любчак, Р.П. Гребенюк</i> г. Одесса.	196
СИМУЛЬТАНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ <i>А.М. Любчак, М.А. Любчак, Р.П. Гребенюк</i> г.Одесса.	199

4. Пушкарь Д.Ю., Раднаев Л.Г., Говоров А.В. и др. Радикальная позадилоная простатектомия с одновременной пластикой паховой грыжи из предбрюшинного доступа // Урология. – 2010. - № 5. - С. 18 - 22.
5. Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас: пер. с англ. – М. : ГЭОТАР – МЕД., 2001. – 1192 с.
6. McLennan G.T. Hinman's atlas of urosurgical anatomy. – 2nd ed. – Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. – P. 99 - 119.
7. Nuhus L.M., Pollak R., Bombek C.T., Donahue P.E. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia // Ann. Surg. – 1998. - Vol. 208, №6. – P. 733 - 737.
8. Shackelford's surgery of the alimentary tract / Yeo C.J., Matthews J.B., McFadden D.V. et al. - 7th ed. – Philadelphia : Elsevier Saunders, 2013. – P. 547 - 636.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ

В.О. Дмитряков, М.С. Стоян, В.М. Свєкатун, В.Д. Поліщук, А.К. Стоян

Запорізький державний медичний університет, м.Запоріжжя

Вступ. Вади розвитку органів сечовидільної системи займають одне з провідних місць та складають більше 40% серед природжених захворювань дитячого віку. Гідронефроз є одним з найбільш частих захворювань у дитячій хірургічній практиці та складає 5% від загальної кількості патологій сечостатевої системи. Частота його виявлення складає 1: 500 – 1: 800, що відповідає 2,8 випадки на 1000 новонароджених (M.Ritchey 2003р.). Гідронефроз зліва зустрічається у 66% хворих. Двостороннє ураження миско-уретерального відділу спостерігається у 5-15% випадків (Williams 1977р.). Незважаючи на велику кількість опублікованих робіт з проблеми гідронефрозу, до теперішнього часу залишаються невирішеними багато питань, пов'язаних з діагностикою та лікуванням порушень уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів.

Мета дослідження. Метою нашої роботи було: Оптимізувати лікування гідронефрозу, спрямоване на раннє відновлення уродинаміки малоінвазивними методами.

Матеріали і методи. Розвиток сечостатевої системи може затримуватись через вплив на організм факторів зовнішнього середовища та індивідуальних особливостей кожного організму. Вроджені вади розвитку органів сечової системи (ОСС) умовно можна розділити на три категорії: недиференційовану дисплазію сполучної тканини (НДСТ), затримку розвитку та дозрівання тканин та змішану.

На фоні НДСТ порушення уродинаміки спочатку призводить до адаптивних, біохімічних, клітинних та молекулярних змін які призводять до ремоделювання інтерстиціальної тканини. В подальшому розвиваються другорядні ускладнення у вигляді піелонефриту потім нефросклерозу. При цьому типі вад розвитку первинне застосування малоінвазивних методик дасть можливість використати фактор часу щоб підібрати тактику лікування хворого. Незрілість (ОСС) дитини та триваючий їх розвиток можуть бути використані для корекції безкровним, мало травматичним шляхом. (Дмитряков В.О. 2000р.)Через те що організм дитини має великі компенсаторні можливості, збережена скоротлива здатність миски дозволяє довгий час забезпечувати евакуацію сечі через звужену частину сечівника, тому діагностика порушень уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів стає можливою лише при наявності клініки. У дітей перших місяців життя необхідно проводити диференціальний діагноз гідронефрозу з піелоектазією.

При порушенні відтоку сечі страждає транспортна функція та створюється неможливість переміщення сечі у сечовий міхур та її виведення з організму. Наслідками затримки сечі є підвищення тиску у нирковій мисці та чашечках, що призводить до порушення ниркового кровообігу та лімфо відтоку з паренхіми нирки, що призводить до втрати функціональної здатності паренхіми нирки. Це призводить до хронічної ниркової недостатності що веде за собою втрату органу, якщо своєчасно не втрутитись.

Ультразвукова діагностика (УЗД) дає можливість спостерігати динаміку розвитку патологічного процесу та підібрати тактику лікування. Актуальне кольорове доплерівське картування (КДК) судин нирки. При НДСТ для діагностики другорядних ускладнень визначають біохімімію: фактор некрозу пухлин α (TNF α) та інтерлейкін 1 β (IL-1 β), що також дозволяє провести диференціальну діагностику з затримкою росту та дозрівання (ОСС). У корковій речовині переважає активність ЛДГ1 та ЛДГ2, а у мозковому шарі – ЛДГ5 та ЛДГ4. При гострій нирковій недостатності у сироватці крові підвищується активність анодних ізоферментів (ЛДГ1 та ЛДГ2). Важливе значення також мають ізоферменти аланінамінопептидази (ААП). Також визначається вміст оксиду азоту (NO).

Ендохірургічні втручання розглядаються як процедура першої лінії, які дозволяють покращити уродинаміку. Запропонована нами ретроградна балонна дилатація з подальшим стентуванням (РБДЗПС) проводиться таким чином: наповнюється сечовий міхур за допомогою уретрального

катетера, згідно до вікових норм, фізіологічним розчином хлориду натрію. В сечовий міхур по уретрі проводять операційний цистоскоп. Визначають топічну характеристику устів, трикутника Льюто, слизової, трабекулярності сечового міхура. Знаходять вічко сечоводу. Проводять поліхлорвініловий провідник в просвіт сечоводів із оцінкою стану інтрамуральних відділів.

Маніпуляція полягає у розширенні звуженої зони шляхом проведення калібрування та дилатації звужених частини сечоводу та (МУС) використовуючи баллон дилататор відповідного розміру з монотричним моніторингом балонного тиску. Вище звуження заводять ригідний металевий провідник, контролюючи за допомогою рентгенологічно та (УЗД) на екрані як звертається його м'який, дистальний кінець у місці. Сам балон встановлюють в зону звуження, рентгеноконтрастні мітки при цьому розташовуються по периферії звуження. Після цього звуження бужують роздуваючи баллон-катетер. Зникнення "рентгенологічної талії" баллону говорить про вдалу дилатацію (експозиція 5—7 хвилин). Заключним етапом є стентування: по струні-провіднику ретроградно встановлюють стент відповідний до розмірів сечоводу. При виникненні перешкоди при просуванні, стент трохи підтягують назад та, змінивши положення цистоскопу, продовжують його введення. Якщо малоінвазивна методика не дає результатів то застосовується відкрите або лапароскопічне оперативне втручання (операція Андерсона-Хайнса) що є "золотим стандартом" при хірургічній методиці лікування.

З 2010 року в клініці дитячої хірургії з діагнозом гідронефроз за запропонованою методикою проліковано 18 дітей у віці від 1,5 до 7 років. Після УЗД, рентгенологічного контролю та відбору: хлопчиків - 10, дівчаток - 8, гідронефроз зліва - 11, справа - 7. Виходячи з класифікацією Н.А. Лопаткіна (1978р.) Хворих розподілили: I ст. - 3; II ст. - 13; III ст. - 2. Стент утримувався від 1 до 4 місяців при періодичному моніторингу стану уродинаміки скомпрометованої нирки. Повторно калібрування та стентування (МУС) проводилося у 3 дітей. Неможливість стентування спостерігалася у 3 дітей з III ст. гідронефрозу. Вони не увійшли до цієї групи хворих.

Після стентування на 2-3 день по нормалізації стану дитина виписувалась зі стаціонару на амбулаторне спостереження. Критеріями оцінки стану нирок, крім візуальних методів дослідження, були клінічні та лабораторні показники: 1.Зменшення розмірів збиральної системи нирки (за даними УЗД); 2.Покращення показників доплерографії нирки; 3.Покращення лабораторних показників; 4. Дані рентгенографії.

Результати. Оцінка результатів проведеного лікування проводилась за чотирьох бальною системою через 1 рік після початку лікування: відмінно - 5; добре - 8; задовільно - 3; незадовільно - 2. Незадовільні результати були отримані у дітей з III ст. гідронефрозу.

Висновки

1. Ефективність запропонованої методики дає право для її подальшого удосконалення та використання для лікування у клінічних закладах.
2. Малоінвазивність, використання фактора часу та малий травматизм є перевагою над іншими методами лікування.
3. Дозволяє прибрати явища диспропорції росту та дисфункції дозрівання та має використовуватись як першочергове втручання.
4. Калібрування та внутрішнє стентування МУС при гідронефрозі у багатьох випадках може бути альтернативою хірургічним методам лікування а також методом підготовки хворого для інших методів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Переверзев А.С. Обструктивная уронефropатия у детей // Материалы трудов VIII Международного конгресса урологов "Актуальные проблемы детской урологии": Харьков. -2000.-С. 3-28.
2. D'Errico G. The role of nuclear medicine in evaluation of vesicoureteral reflux and or reflux nephropathy // Rays.- 2002.-Vol.27,№2.-P.149-154.
3. McDougal W.S., Kerr W.S Jr. Obstructive uropathy // Curr. Opin. Urol.-1999.-Vol.9, Ж2.-P.107-109.
4. А.М. Мамбетова, Р.А. Жетишев, Н.Н. Шабалова //Цитокіни та запалення. 2011. Т. 10. № 3. С. 61–67.
5. Дмитряков В.О. Оптимізація діагностики диспластичних форм вроджених вад розвитку нирок у дітей// Науково-практичний загальномециний журнал "Запорізький медичний журнал" №1/2000 (2,3).С.16-20.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

М.А. Довбыш, Г.В. Бачурин, А.Б. Унгурян, И.М. Довбыш, С. А. Дюдюн

Кафедра урологии Запорожского медицинского университета, г. Запорожье

Вступление. Недержание мочи – это непроизвольное, не поддающееся контролю выделение мочи по мочеиспускательному каналу. Из-за особенностей анатомического строения чаще