

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

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. Немоżliвість 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. Унгуран, 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

этот недуг возникает у женщин. По данным В. И. Краснопольского и соавт. (2013) и А. И. Неймарк и соавт. (2013) около 40% женщин после 40 лет и около 60% после 50 лет страдают недержанием мочи. Данная патология отрицательно влияет на все стороны жизнедеятельности больной существенно снижая качество ее жизни. Поэтому разработка методов лечения недержания мочи является актуальной для урологии.

Цель исследования. Повысит эффективность диагностики и лечения стрессового недержания мочи.

Материал и методы. Наблюдали 88 женщин с различными формами недержания мочи. Возраст равнялся 39 ± 21 год. У 43 (49%) случаях диагностировано стрессовое недержание мочи, у 20 (22,7%) - ургентное недержание и у 25 (28,4%) женщин была смешанная форма недержания мочи. Исследовали общеклинические анализы крови и мочи, посев мочи на флору, биохимические анализы крови (креатинин, билирубин, сахар крови), коагулограмму, проводили цистоскопию, сфинктерометрию, цистографию в покое и натуживании, проводилась кашлевая проба, прокладочный тест.

Результаты исследования. При использовании опросника (табл.1) выявилось, что при ургентном недержании мочи соотношение суммы баллов в левом и правом столбце равнялся 7/0; 6/1; 5/2. При стрессовом соотношение было равно – 0/7; 1/6; 2/5 и при смешанной форме недержания соотношение было 4/3; $\frac{3}{4}$.

Таблица 1

1. Бывают ли у Вас мочеиспускания более 6 раз в день и более 1 раза за ночь?	Да	Нет
2. Бывает ли у Вас иногда внезапный настоятельный позыв на мочеиспускание?	Да	Нет
3. Бывает ли у Вас иногда недержание мочи ночью, в горизонтальном положении или при смене положения тела ?	Да	Нет
4. Недержание мочи не связано с физическими усилиями (поднятие тяжести, кашель)	Да	Нет
5. Появляется ли необходимость в мочеиспускании при звуке льющейся воды?	Да	Нет
6. Можете ли Вы волевым усилием остановить выделение мочи при начавшемся недержании?	Да	Нет
7. Какое количество мочи выделяется при недержании.	Да	Нет

При проведении сфинктерометрии по Ingelmann-Sundberg для исследования гладкомышечного сфинктера (lissosphincter) тонус последнего в среднем у женщин с недержанием мочи равнялся 13 ± 3 мм рт ст ($p < 0,05$) при норме 53 ± 3 мм рт ст. При исследовании поперечнополосатого сфинктера (rhabdosphincter) тонус его не превышал 50 ± 4 мм рт ст ($p < 0,05$) при норме 73 ± 6 мм рт ст.

При цистоскопии у пациенток со стрессовым недержанием как правило патологических изменений со стороны слизистой мочевого пузыря не выявлялось. У больных с ургентной и смешанной формой недержания отмечалось отсутствие блеска слизистой, ее тусклость. Сосуды умеренно расширены. В области треугольника Льюта и возле устьев мочеточника мелкий фолликулярные высыпания чаще всего при ургентном недержании мочи.

Кашлевая проба была положительная во всех случаях стрессового недержания мочи. При смешанной форме проба была положительной в случаях достаточного наполнения мочевого пузыря (12 человек). В других случаях она была сомнительной или отрицательной. Больным, у которых преобладали признаки недержания мочи проводилась консервативная терапия (ингибиторы М-холинорецепторов: дриптан или детрузитол, везикар в течении месяца, внутрипузырно масло облепихи с 2% лидокаином и гепарином на протяжении 3 недель, нитрофураны). Главной целью терапии в этих случаях было снижение частоты императивных позывов к мочеиспусканию, увеличение интервалов между ними и увеличение емкости мочевого пузыря. При достижении этого больные могли более четко дифференцировать когда чаще и в большем количестве подтекает моча – при натуживании или при позыве к акту мочеиспускания. Более четко проявлялись признаки той или иной формы и степени недержания мочи. После этого больного переводили из группы со смешанной формой в стрессовую форму недержания мочи. После этого принималось решение о необходимости операции.

Всем больным со стрессовой формой недержания мочи произведено оперативное лечение трансобтураторным методом (TVT-O) синтетической петлей «снаружи внутрь» или «изнутри наружу». Первоначально использовались slingовые системы типа «Ad-Vance». Однако, затем мы начали использовать титановые проводники и синтетические полипропиленовые петли (ETICON «UITRAPRO») или полипропиленовые сетки PPM-602 (тов. «ОПУСМЕД»), которые моделировали самостоятельно шириной 1 - 1,3 см и длиной до 25 см. Выполнение техники операции было стандартным. Первоначально определяли точку введения иглы-проводника: пересечение линии проведенной горизонтально выше уретры на 2 см с вертикальной линией проведенной на 2 см латеральнее сгиба бедра (при методике «снаружи внутрь»). На уровне средней и дистальной трети уретры делали разрезы стенки влагалища вдоль мочеиспускательного канала. Проводили латеральную диссекцию тканей под углом 45° от средней линии, по достижении «соединения» между телом и нижней ветвью лобковой кости перфорировали обтураторную мембрану. В сформированный туннель проводили проводник, к нему фиксировалась полоска полипропиленовой сетки и проводилась в образованный канал. Аналогично проводился проводник и сетка с другой стороны. Лента из пропиленовой сетки располагалась под уретрой и производилось натяжение ее. После этого интраоперационно выполнялась сфинктерометрия. Натяжение осуществляли до момента достижения тонуса гладкомышечного *lissosphincter* не ниже 45 мм. рт. ст. Наполняли мочевой пузырь антисептическим раствором и проводили кашлевую пробу. При отрицательной пробе и уровне сфинктерометрии в пределах 45 мм. рт. ст. в мочевой пузырь устанавливали катетер Фолея № 18, раны стенки влагалища и кожу ушивали викрилом. После операции назначались антибиотики, уроантисептики, нестероидные противовоспалительные препараты в свечах или инъекциях. Катетер Фолея удаляли через сутки, больные восстанавливали мочеиспускание.

После операции у 20 (46,5%) больных наблюдались болезненные мочеиспускания которые прекращались через 2 - 3 дня. У одной больной (2,3%) произошло повреждение мочевого пузыря проводником, которое замечено во время операции и ушито. В 1-м (2,3%) случае после операции наблюдалась острая задержка мочи которая разрешилась после бужирования уретры в течении 4 - 5 дней. В течении 8-12 месяцев наблюдения рецидивов недержания мочи не отмечено.

Выводы. 1. Трансобтураторные slingовые операции при стрессовом недержании мочи являются высокoeffективным методом лечения у 97,3% случаев.

2. Возникновение интраоперационных или послеоперационных осложнений зависит не от качества slingовых систем, а от технически правильного проведения полипропиленовых петель.

Литература.

1. Неймарк А. И., Раздорская М. В. Недержание мочи у женщин: руководство. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2013. – 128 с.
2. Оперативная гинекология /В. И. Краснополский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина, А. А. Попов.-2-е изд., перераб.-М.: МЕДпресс-информ, 2013.-312 с..

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

М.А. Довбыш, А.А. Попович, И.М. Довбыш, Е.М. Мищенко

Кафедра урологии Запорожского медицинского университета, г. Запорожье

Вступление. Частота травм мочевого пузыря при акушерско-гинекологических вмешательствах остается высокой и встречается у 0,5 – 0,6% (А. Ф. Возианов и соавт., 1991). Вследствие этих травм в экономически развитых государствах частота пузырно-влагалищных свищей (ПВС) возникает у 10% больных (Краснополский В. И. и соавт., 1994; Переверзев А. С., 2010). Возникновение мочеполовых свищей у женщин приносит значительную психологическую травму больным, нарушают трудоспособность, делают их социально дезадаптированными в семье, быту. Это протекает на фоне последующих сложностей в проведении оперативных вмешательств. Поэтому проблема лечения ПВС не теряет своей актуальности и требует дальнейших разработок.

Цель исследования: обобщить опыт лечения мочеполовых свищей и повысить эффективность лечения пузырно-влагалищных свищей.

Материал и методы. С 1994 по 2016 год мы наблюдали 51 женщину с мочеполовыми свищами. Возраст больных 28-59 лет. Выполнялись общеклинические анализы, биохимические исследования крови, коагулограмма, экскреторная урография, влагалищное исследование и цистоскопия. Мочеполовые свищи диагностированы у 51 женщины. Из них ПВС выявлены у 47 случаях, мочеточниково-влагалищные свищи были в 1 больной, у 3-х пациенток были пузырно-кишечные свищи обусловленные злокачественными и воспалительными процессами кишечника. У 36 больных свищ возник на 3-5 сутки после извлечения пузырного катетера. У 11 больных он возник