

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 удалено актуальным проблемам нефрологии, 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.Аркадов, 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

*А.В. Аркадов
г. Харьков* 165

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ).

*В.Ю. Белов, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова, В.В. Мегера
г. Харьков* 166

ЭТАПЫ ОСВОЕНИЯ НОВЫХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ И УРОЛОГИИ

*Я.С. Березинский, Р.Н. Молчанов, Р.В. Дука
г. Днепропетровск* 168

ВИКОРИСТАННЯ ГОЛЬМІЄВОГО ЛАЗЕРА В ЛІКУВАННІ СТРИКТУР СЕЧОВОДУ

*Ю.Б. Борис, С.М. Пасічник, Б.Ю. Борис, Т.Г. Кльофа
м. Львів* 170

ЭКТОПИЯ УСТЬЯ МОЧЕТОЧНИКА – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ

*А.В. Бухмин, И.М. Антонян, В.В. Россихин, А.В. Шусь
г. Харьков* 175

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТРОПЛАСТИК СЛОЖНЫХ СТРИКТУР МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА: ОПЫТ 12 ЛЕТ

*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
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

*В.І. Горовий, І.В. Барало, О.М. Капицук, О.Л. Кобзін, Ю.Б. Потеха, А.В. Дубовий, В.Б. Мудрицький
г. Вінниця* 182

ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ІНТРАВАГІНАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СФІНКТЕРА УРЕТРИ У ЖІНОК ІЗ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

*В.І. Горовий, О.В. Потеха, Ю.Б. Потеха, С.А. Костюченко, О.В. Горовий
м. Вінниця* 184

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ СИМУЛЬТАННОЇ ПЕРЕДОЧЕРЕВИНОЇ ПЛАСТИКИ ПАХВИНИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ОДНОМОМЕНТНОЇ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

*І.В. Барало, В.І. Горовий, О.М. Капицук, О.Л. Кобзін, Ю.Б. Потеха, Б.І. Барало, О.В. Горовий
м. Вінниця* 185

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ

*В.О. Дмитряков, М.С. Стоян, В.М. Свєкатун, В.Д. Поліцук, А.К. Стоян
м. Запоріжжя* 186

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

*М.А. Довбыш, Г.В. Бачурин, А.Б. Унгурян, И.М. Довбыш, С. А. Дюдюн
г. Запорожье* 187

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

*М.А. Довбыш, А.А. Попович, И.М. Довбыш, Е.М. Мищенко
г. Запорожье* 189

ЛАПАРОСКОПІЧНА АДРЕНАЛЕКТОМІЯ (ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ)

*Ю.М. Кудрявцев, В.В. Курта, С.О. Гіленко
м. Суми* 191

РАСПИРЯЮЩАЯ ПЛАСТИКА СТРИКТУРЫ БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

*В.Н. Лесовой, Н.Л. Панасовский, А.В. Аркадов, Е.И. Ситникова
г. Харьков* 193

ХИРУРГИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*В.Н. Лесовой, Н.Л. Панасовский, А.В. Аркадов, Р.В. Щербаков, Е.И. Ситникова
г. Харьков* 193

ПЛОД В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА

*В.Н. Лесовой, Д.В. Щукин, Ю.С. Парацук, Р.А. Сафонов, К.В. Диденкова
г. Харьков* 194

RE-DO ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ

*А.М. Любчак, М.А. Любчак, Р.П. Гребенюк
г. Одесса.* 196

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

*А.М. Любчак, М.А. Любчак, Р.П. Гребенюк
г. Одесса.* 199

Всем больным со стрессовой формой недержания мочи произведено оперативное лечение трансобураторным методом (TVT-O) синтетической петлей «снаружи внутрь» или «изнутри кнаружи». Первоначально использовались слинговые системы типа «Ad-Vance». Однако, затем мы начали использовать титановые проводники и синтетические полипропиленовые петли (ETICON «ULTRAPRO») или полипропиленовые сетки PPM-602 (тov. «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 lissosphinctera 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. Трансобураторные слинговые операции при стессовом недержании мочи являются высокоеффективным методом лечения у 97,3% случаев.

2. Возникновение интраоперационных или послеоперационных осложнений зависит не от качества слинговых 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. Краснопольский, 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. Довбыши, А.А. Попович, И.М. Довбыши, 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 (Краснопольский 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

на 10 – 12 день с момента операции. Ушивание свищей проводилось через 3 месяца по стихании воспаления вокруг него. В этот период назначались влагалищные спринцевания антисептиками с последующим тампонированием марлевыми тампонами, пропитанными синтомициновой эмульсией. У 2-х больных при проведении гигиенических мероприятий и установки постоянного катетера на 2-3 недели свищи самостоятельно закрылись.

Результаты исследования. Клинические проявления наличия ПВС у всех больных были весьма характерны — выделение мочи из влагалища вне акта мочеиспускания при ходьбе, сидении на стуле, во время сна. У 34 пациенток из 45 случаев акт мочеиспускания был частично сохранен при диаметре свища до 0,5 см и локализацией на задней стенке пузыря, выше межмочеточниковой складки. У 29 женщин свищ образовался на 3-5 сутки после экстирпации матки. По поводу фибромиомы матки было оперировано 35 больных; по поводу рака матки — 9; каесарево сечение с последующей экстирпацией матки выполнено в 3 случаях.

В 34 случаях операция сопровождалась техническими трудностями, мощного спаечного процесса. В 26 случаях возникло кровотечение. Только у 13 больных операция проходила без технических сложностей. В основном у 23 случаях травма мочевого пузыря возникала при случайном сквозном прошивании его задней стенки лигатурами при формировании культи влагалища, прошивание пузыря в ходе перитонизизации культи влагалища было у 7 женщин. У 10 пациенток после операции развился некроз травмированной стенки пузыря. У 7-и женщин предположить и установить причину образования свища нам не удалось.

В условиях урологической клиники наличие свища подтверждено введением в мочевой пузырь антисептических жидкостей. Выделение жидкости из влагалища при наполнении пузыря подтверждало наличие ПВС. В основном свищ локализовался в культе влагалища непосредственно в зоне рубца. У 6 больных после акушерских операций свищ был в переднем своде.

Во всех случаях проводилась смотровая цистоскопия. При больших свищах исследование выполняли после тампонады влагалища марлевыми тампонами, или презервативом, заполненным фурацилином, что позволяло поддерживать достаточную емкость мочевого пузыря. При цистоскопии уточнялась локализация и размеры свищевого отверстия и его отношение к устьям мочеточников, наличие или отсутствие перифокального воспалительного процесса, лигатур. У 38 больных свищ локализовался на задней стенке пузыря на 0,5-2,0 см выше межмочеточниковой складки и у 9 случаях в зоне треугольника Льето на расстоянии 0,1-0,5 см от устья мочеточника. Диаметр свищевых отверстий равнялся от 0,3 до 3,5 см. У 8 пациентов на слизистой пузыря было 2-3 свищевых отверстия в диаметре 3 – 4 мм, которые при мобилизации свища соединялись между собой в единый свищевой ход.

Важным моментом остается вопрос об оптимальных сроках выполнения операции после возникновения свища. Опыт показывает, что оптимальные условия для фистулопластики появляются в среднем через 3 месяца ($3,0 \pm 0,5$ месяца) после возникновения свища, когда исчезают признаки воспаления и участки некроза в тканях окружающих свищ.

Одним из основополагающих вопросов при операции – это выбор хирургического доступа. Выбор доступа зависит от многих факторов: локализации свища и его диаметра, состояния верхних мочевых путей, выраженности рубцовых процессов передней брюшной стенке, тучности пациентки, степени владения хирургом тем или иным хирургическим доступом. Практика показывает, что чаще всего хирург лучше владеет тем доступом с которого начинал оперировать данную патологию. Доступ должен создать широкое и не глубокое операционное поле для достаточного отделения мочевого пузыря от стенки влагалища с полным иссечением рубцовых стенок свища.

Среди наших 45 больных с ПВС у 39 случаях был применен чреспузырный доступ и только в 4-х больных использовали вагинальный доступ. Вагинальному доступу отдавали предпочтение в случаях наличия значительного рубцового процесса на передней брюшной стенке, тучности больных, при низко расположенных свищах.

Чреспузырный доступ применяли при наличии узкого влагалища, близком расположении свища к устьям мочеточников, наличии гидронефроза, а также при пузырно-маточных свищах. Немаловажное значение имело предпочтение хирургом того или иного доступа, доступа с которого он начинал осваивать данный вид операций и которыми он лучше владеет. При фистулопластике чреспузырным доступом тщательно и широко выделяется передняя стенка мочевого пузыря из рубцовых сращений, проводится широкая цистотомия. Для облегчения отсепаровки мочевого пузыря от влагалища мы на края свища накладываем 2-3 шва-держалки (в зависимости от диаметра свища) с захватыванием стенки влагалища. При их подтягивании вверх удается приблизить заднюю стенку

мочевого пузыря со свищевым отверстием к цистотомическому разрезу, что уменьшает глубину раны. Это облегчает процедуру отделения стенки мочевого пузыря от влагалища и позволяет добиться достаточной мобильности тканей в зоне свищевого канала.

Накладываются швы из нерассасывающегося материала на дефект в стенке влагалища узелками в его просвет. Один из швов (центрально расположенный) с длинными краями не завязывается, он фиксируется к металлическому проводнику с помощью которого нить выводится через свищ во влагалище. При натяжении нити края стенки влагалища свищевого хода сближаются и погружаются в сторону влагалища, что усиливает степень герметизации шва. В последующем ушитые края стенки мочевого пузыря при натяжении нити более плотно прилежат друг к другу, что предотвращает попадание мочи между швами и предупреждает возможность рецидива свища. Швы на дефект в стенке пузыря накладываются кетгутом или викрилом, перпендикулярно к линии шва на стенке влагалища. В 13 случаях из-за близко расположенного устья мочеточника катетеризировали его во время операции катетером №5. Катетеры выводили через уретру и удаляли их после операции на 5 – 7 сутки. В 2-х случаях фистулопластику дополняли уретеронеоцистоанастомозом, т. к. свищ находился на расстоянии 1-2 мм от устья мочеточника.

Операцию закончили в 21 случае цистостомией (в 11 - подслизистой) и у 18 больных применили дренирование пузыря через уретру. Установка цистостомического дренажа предотвращала императивные позывы к мочеиспусканию после операции в ранние сроки, что облегчало течение послеоперационного периода и снижало вероятность рецидива свища. Дренаж удаляли на 9-10 сутки с установкой катетера Фолея на 3-4 дня.

Выводы. 1. Таким образом, фистулопластика у больных с ПВС эффективна у 91,5 % случаев (43 больных). В 2,1% больных (1 случай) свищ закрылся консервативно, рецидивы развились у 6,4% пациенток (3 случая).

2. Чреспузырный доступ более травматичен чем влагалищный, но применение его в показанных случаях обеспечивает ликвидацию свища, особенно когда свищ расположен у верхушки мочевого пузыря или устье близко расположено к свищу и требуется уретероцистонеоанастомоз.

Література.

1. Возианов А. Ф., Люлько А. В., Серняк П. С. Пузырно - и уретрогенитальные свищи у женщин. – К.: Здоров'я, 1991. -120 с.
2. Краснопольский В. И., Буянова С. Н. Генитальные свищи. - М.: «Медицина», 1994. - 224 с.
3. Переевезев А. С. Медицинские аспекты здоровья женщины // Пузырно-влагалищные свищи: этиология, выбор метода лечения и профилактика. - 2010. - № 3 (30).- С. 60 - 65.

ЛАПАРОСКОПІЧНА АДРЕНАЛЕКТОМІЯ (ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ)

Ю.М. Кудрявцев, В.В. Курта, С.О. Гіленко

Міський урологічний центр

КУ Сумська міська клінічна лікарня №1

Перші повідомлення про лапароскопічну адреналектомію (далі ЛА) відносяться до 1992 р. (Petelin, Gagner). Наднирники ідеально підходять для лапароскопічного видалення, більшість новоутворень цієї локалізації мають невеликі розміри та досить добре диференціюються від оточуючих тканин. При "відкритій" хірургії іх глибоке розташування в заочеревинному просторі вимагає виконання широких доступів, травматичність яких значно перевищує таку основного етапу операції. На сьогодні ЛА розглядається як операція вибору при більшості пухлин наднирників.

Щодо топографічної анатомії, то в більшості публікацій є досить серйозні відмінності в описі судин наднирників. Існує велика кількість варіантів кровопостачання наднирників. Хірургічні маніпуляції в області наднирникової вени потенційно небезпечні, особливо справа, де недостатньо прецизійна техніка може привести до пошкодження v. cava inferior та розвитку неконтрольованої кровотечі (Рис. 1-2).