

эпицистостома были удалены через 4 недели после того, как рентгенологически установлена проходимость пузырно-уретрального сегмента, отсутствие остаточной мочи и активно-пассивных ПМР. Наблюдение в течении 6 месяцев выявило регрессию активности пиелонефрита и мочевого инфекции, снижение показателя уровня креатинина крови. По данным урофлоуметрии СОСМ — 15 мл/сек. Антибактериальная терапия проводилась препаратами налидиксоновой кислоты, фитотерапия.

Второму пациенту со стенозом уретроперинеостомы, склерозом шейки мочевого пузыря, эпицистостомой, активным левосторонним ПМР и двухсторонним крипторхизмом, выполнена мобилизация уретроперинеостомы, биполярная ТУР шейки мочевого пузыря с цистолитотрипсией. Симультантно выполнена пануретропластика вентральным покрытием дорзально on-lay расположенных 2-х трансплантатов слизистой щеки васкуляризированным кожным лоскутом по Orandi. Эпицистостома и уретральный катетер были одномоментно удалены на 18 день после антеградной уретрографии, демонстрировавшей восстановление просвета уретры до головки полового члена, отсутствие остаточной мочи и ПМР. СОСМ 16мл/сек. После операции у данного пациента отмечались повышения уровня КФК крови, что, с учетом клинической картины имеющихся аномалий, соответствовало проявлениям болезни Кеннеди. В последующем пациенту рекомендовано генетическое обследование, передан под наблюдение невропатологов. В обоих случаях гистологическое исследование биоптатов подтвердило склероз шейки мочевого пузыря и простаты.

Инфравезикальная обструкция у двоих других пациентов была обусловлена только патологией уретры. В одном случае у пациента с кариотипом 45 X del Y киста правой доли предстательной железы развилась из-за уретро-простатического рефлюкса при рецидиве стриктуры уретры после уретропластики мошоночной гипоспадии. У другого пациента кистозное изменение правого семенного пузырька развилось также из-за рефлюкса в семенной пузырек по причине стеноза уретроперинеостомы. В обоих случаях рефлюкс подтвержден ретро- и антеградной уретрографией. Под ТРУЗ-контролем выполнено трансуретральное лазерное рассечение устья семявыбрасывающего протока в одном случае и стенки уретры над кистой в другом случае для улучшения дренирования кист. В первом случае симультантно выполнено иссечение рубцовой кожной неоуретры и одномоментная уретропластика вентральным покрытием дорзально on-lay расположенного трансплантата слизистой щеки васкуляризированным кожным лоскутом по Orandi. В другом случае данная операция носила характер пануретропластики, восстановившей уретру от уретроперинеостомы до головки полового члена. По данным антеградной уретрографии, выполненной при удалении уретрального дренажа в обоих случаях сохранялись явления рефлюксирования, но полости спорожнялись полностью. Контроль через 6 мес. выявил отсутствие кистозной полости в предстательной железе у первого пациента. СОСМ- 16 мл/сек У другого пациента объем кистозно измененного пузырька уменьшился, СОСМ 14 мл/сек. После операции все пациенты в комплексе лечения были на фитотерапии, прием препаратов афлазин и флавия.

Выводы. Устранение инфравезикальной обструкции и её осложнений выполнением симультантных операций позволяет улучшить результаты и сократить сроки лечения.

Литература

1. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря \Под редакцией М.Д.Джавад-Заде, В.М. Державина, М. 1989г ст. 10-24, 130-132, 255;
2. Склероз предстательной железы \Карпенко В.С., Романенко А.М., Гринько А.Д. Киев 1985 ст.10, 15.
3. Pathophysiology and animal modeling of underactive bladder. Pradeep Tyagi, Phillip P. Smith, George A. Kuchel, William C. de Groat, Lori A. Birder, Christopher J. Chermansky, Rosalyn M. Adam, Vincent Tse, Michael B. Chancellor, and Naoki Yoshimura \Int Urol Nephrol. 2014 Sep; 46(0 1): S11–S21
4. Platelet Derived Growth Factor Has a Role in Pressure Induced Bladder Smooth Muscle Cell Hyperplasia and Acts in a Paracrine Way. Preis L¹, Herlemann A², Adam RM³, Dietz HG², Kappler R², Stehr M⁴. J Urol. 2015 Dec;194(6):1797-805

ВЫБОР ТАКТИКИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

А.А. Люлько, А.О. Бурназ, И.Н. Никитюк., А.С. Сагань, М.В. Варвашеня

Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины, г. Запорожье,

Актуальность. В настоящее время с появлением в повседневной практике врача таких диагностических методов как ультразвуковой метод, компьютерная томография, ренангиография установка диагноза киста почки не представляет значительных трудностей. Наиболее распространена и по нашему мнению имеет наибольшее практическое значение классификация кист по Bosniak (1997) [1].

Лечение кист почек оперативное. Показанием к оперативному лечению кист почек является любая симптоматическая киста, т.е. киста почки, осложненная болевым синдромом, симптоматической артериальной гипертензией, нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей, гематурией, инфекционными осложнениями, наличие огромного кистозного образования почки, которое приводит к снижению качества жизни пациента, а также кисты с бессимптомным течением более 5.0 см. в диаметре. На сегодняшний день существует четыре основных вида операций: лечебно-диагностическая пункция с проведением склеротерапии без дренирования, лечебно-диагностическая пункция с проведением склеротерапии с временным дренированием, эндовидеохирургическая операция а также открытая операция – иссечение кисты[3, 6, 7].

Отношение специалистов к методам лечения простой кисты почки всегда было неоднозначным. Открытое оперативное лечение заключается в нефрэктомии, резекции почки, вылущивании кисты или иссечении её свободной стенки. Особое место занимают малоинвазивные методики, среди которых чрезкожная пункция кисты с удалением содержимого и введением в её полость склерозирующих веществ, является наиболее популярной у большинства специалистов. Holmberg и Nietala в 1989 г. получили полное исчезновение кисты в 44% случаев и значительное уменьшение (до 21% по сравнению с исходным) в остальных случаях при сроке наблюдения 3-4 года. Рецидив кисты после чрескожной пункции связан с особенностями строения и расположения кисты, которые проявляются в кальцинозе стенки кисты, неравномерной толщиной стенки кисты, многокамерностью кисты, воспалительными процессами и склерозом стенки кисты[4]. За последние годы показания к проведению открытой операции по поводу простой кисты почки значительно сузились.

С начала 80-х годов в хирургии возникло новое эндоскопическое направление, которое было взято на вооружение для лечения кистозных заболеваний почек. Эндохирургическое лечение простых кист почек заключается в рассечении или резекции стенки кисты под визуальным контролем с помощью эндоскопической техники. Для выполнения этого вмешательства используются разные доступы: ретроперитонеоскопические и лапароскопические [1]. В связи с бурным развитием эндохирургии в настоящий момент показания для открытого оперативного лечения кист почек должны быть очень ограничены [2]. По нашему мнению открытое оперативное вмешательство возможно только в том случае если есть противопоказания к проведению ретро или пневмоперитонеума при проведении анестезиологического пособия. Подозрение на малигнизацию кисты или ее расположение (парпельвикально, по передней поверхности, в области верхнего полюса) не могут быть показаниями к открытому оперативному лечению, ввиду того что на данном этапе владения эндовидеохирургической техникой оперирующий уролог может провести операцию как лапароскопически так а ретроперитонеоскопически.

Цель работы: исследование эффективности лечения простых и рецидивных кист почек путем сравнительной оценки трансперитонеального и ретроперитонеального доступа в рамках оптимизации лечения простых кист почек.

Материалы и методы исследования. Эндовидеохирургическое лечение простой кисты почки было проведено в работе 65 больным с простыми кистами почек, обследованных или находившихся на лечении в клинике урологии Запорожской медицинской академии последипломного образования на базе урологического отделения Запорожской областной клинической больницы.

С целью проведения оценки сравнительной эффективности малоинвазивного лечения, больные были разделены на 2 группы сравнения, согласно видов эндовидеохирургического лечения. В первую группу вошло 55 пациентов, которым эндовидеохирургическое вмешательство (удаление кисты) выполнялось из трансперинеального доступа. Вторую группу составили 12 пациентов, которым эндовидеохирургическое вмешательство (удаление кисты) выполнялось из ретроперинеального доступа. Пациентам выполнялись общеклинические методы исследования и инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование почек и рентгенологические методы диагностики (обзорная, экскреторная урография, компьютерная томография почек и органов брюшинного пространства).

При трансперитонеальном доступе, пациент находился на боку, под ингаляционным наркозом создавался пневмоперитонеум; вводили 10 мм троакар на 1 см выше пупка, дополнительно по средней аксиллярной линии вводили 2 дополнительных троакара для введения манипуляторов. После определения топографической анатомии почки и вскрытия брюшины производили выделение паранефральной клетчатки и мобилизацию кисты. Затем производили вскрытие кисты на небольшом участке или пункцию и эвакуацию ее содержимого. Жидкость аспирировали аспиратором и направляли на цитологическое и биохимическое исследование. Выполняли кистоскопия. Для

иссечения стенки кисты использовались эндоножницы с коагуляцией. Ложе и оставшиеся стенки кисты коагулировали и обрабатывали спиртом. Для остановки кровотечения использовали коагуляцию в моно или биполярном режиме. Лапароскопом производили осмотр основания кисты с целью исключения опухоли. При наличии подозрительных участков выполняли биопсия. Полость кисты дренировали. Дренаж выводили через поясничную область. Периренальную клетчатку помещали в полость кисты, и дефект брюшины закрывали эндошвом или накладывали клипсы.

При ретроперитонеальном лапароскопическом доступе, пациент находился в положении на здоровом боку, в поясничном треугольнике производили разрез кожи длиной 1 см и с помощью инструмента (корнцанга) достигали забрюшинное пространство. Затем в забрюшинное пространство вводили троакар с оптикой и инсуффляцией CO₂ создавали рабочее пространство. Первый дополнительный троакар вводили у конца 12 ребра, примерно по средней подмышечной линии, второй чуть выше верхней задней подвздошной ости. Троакары вводили в забрюшинное пространство под контролем лапароскопа, не повреждая париетальную брюшину. Рассекали почечную фасцию и мобилизовали латеральную поверхность почки. Сначала мобилизовали ее, а затем полюса почки. На этом этапе устанавливали третий дополнительный троакар по передней подмышечной линии напротив первого, введенного в поясничном треугольнике. Третий троакар необходим для отведения почки в медиальном направлении и обеспечении доступа к ее задней поверхности и воротам.

В большинстве случаев киста легко определяется по выбуханию над поверхностью почки. После того как с поверхности кисты аккуратно удаляются соединительная ткань и жировая клетчатка, киста выглядит как объемное образование голубоватого цвета, четко ограниченное от окружающей почечной паренхимы. Стенку кисты осторожно иссекали электроножом и направляли на гистологическое исследование. Образовавшуюся полость тщательно осматривали. При подозрении на злокачественную опухоль выполняли биопсию. Забрюшинное пространство дренировали страховым дренажом. Затем удаляли троакары и ушивали участки проколов. Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5), а также «SPSS 16.0», «Microsoft Excel 2003». Отдельные статистические процедуры и алгоритмы реализованы в виде специально написанных макросов в соответствующих программах. Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования.

Таблица 1.1

Сравнительный анализ результатов Радикальной эндовидеохирургической резекции кисты почки из трансперитонеального и ретроперитонеального доступа

| Показатели | Ретроперитонеоскопическое иссечение кист почек (n=55) | Лапароскопическое иссечение кист почек (n=15) |
|---|---|---|
| Время операции, мин | 54,2 ± 3,8 | 34,4 ± 2,4 |
| Объем кровопотери, мл | 52,7 ± 4,1 | 57,6 ± 2,7 |
| Длительность послеоперационного обезболивания, дни | 1,1 ± 0,09 | 2,2 ± 0,11 |
| Длительность послеоперационного нахождения в стационаре, дни | 4,6 ± 0,4 | 5,3 ± 0,25 |
| Сроки реабилитации больных, дни | 11,2 ± 1,1 | 13,2 ± 0,8 |
| Удаление улавливающего дренажа, дни | 1,8 ± 0,2 | 2,4 ± 0,15 |
| Парез кишечника | - | + |

Обосновано преимущество эндовидеохирургической операции из ретроперитонеального доступа, что подтверждено возможностью удаления дренажа на первые, вторые сутки после операции и отсутствием необходимости назначать обезболивающую терапию в послеоперационном периоде. Нами не было получено достоверных различий ближайших и отдаленных результатов лапароскопического лечения простых кист почек, в зависимости от трансперитонеального и ретроперитонеального доступа ($p > 0,05$), что свидетельствует о том, что при наличии достаточного опыта можно удалить кисту практически любой локализации ретроперитонеоскопическим методом за исключением топографо – анатомических вариантов расположения кист парапельвикально на передней поверхности (табл. 1.1). При двухсторонних кистах скорее показан трансперитонеальный

доступ. При двохсторонніх кистах застосовували трансперитонеальний доступ з метою одномоментного висічення кист з обох сторін з одного і того ж доступу.

На основі даних гистологічного дослідження висічених оболонок, ознак малигнізації ні в одному з випадків не виявлено.

Висновки:

1. В роботі обґрунтовано перевагу проведення радикального ендовідеохирургічного лікування простих і рецидивуючих кист нирок з ретроперитонеального доступу при будь-якій локалізації кисти за винятком топографо – анатомічних варіантів розташування кист паралельно по передній поверхні, що підтверджено зниженням болювого синдрому, зниженням тривалості безболісної терапії в післяопераційному періоді на 51,5%, більш раннім видаленням уловлюючого дренажа на 23%, зменшеної на 13% тривалістю післяопераційного перебування в стаціонарі.
2. При двохсторонніх кистах доцільно застосовувати трансперитонеальний доступ з метою одномоментного висічення кист з обох сторін з одного і того ж доступу.

Список використаної літератури

1. Лопаткін Н.А. Руководство по урологии. - М.: Медицина, 1998. - 768 с.
2. Антонов А.В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение / А.В. Антонов // Урологические ведомости. - 2012. - №4, Т.2. - С. 32-41
3. Whelan T. F. Guidelines on the management of renal cyst disease / T. F. Whelan // Can. Urol. Assoc. J. - 2010. - Vol. 4(2). - P. 98-99
4. Юдин А.Л. Ультразвуковая лучевая диагностика и лечение кистозных образований почек / А.Л. Юдин, Н.И. Афанасьева, И.В. Смирнов // Радиология-практика. - 2002. - №1. - с. 25-31
5. Tada S. The incidence of simple renal cyst by computed tomography / S. Tada, J. Yamagishi, H. Kobayashi [et al.] // Clin. Radiol. - 1983. - Vol. 34. - P. 437-439
6. Підмурняк О. О. Діагностика та ендовідеохирургічне лікування кіст нирок // О. О. Підмурняк // Шпитальна хірургія. - 2014. - № 3. - с. 73-75
7. Аль-Шукри С. Х. К вопросу о выборе метода лечения кист почек / С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачук, В. Г. Иванов-Тюрин // Нефрология. - 2008. - Т. 12, № 1. - С. 75-78
8. Agarwal M. M. Surgical management of renal cystic disease / M. M. Agarwal, A. K. Hemal // Curr. Urol. Rep. - 2011. - Vol. 12(1). - P. 3-10
9. Пути оптимизации оперативного лечения простых кист почки / В. Ташкинов, А. Г. Антонов, А. В. Воронов [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. - 2009. - № 4. - С. 57-58
10. Захматов Ю.М. Малоинвазивные методы лечения простых кист почек / Ю.М. Захматов, К.С. Трофимов // Российский медицинский журнал. - 2002. - №5 - С. 40-44.
11. Оценка эффективности методов лечения простой кисты почки / Н.А. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко, И.В. Рязанцев, В.А. Новоселский // Урология. - 2000. - № 6. - С. 9 - 12.
12. Антонов А.В. Эндовідеохирургія - перші результати / А.В. Антонов, П.А. Рыкин // Эндокопическая хирургия. - 2002. т. № 2. - С. 10
13. Зенков С.С. Чрескожное пункционное лечение простых кист / С.С. Зенков, Ю.М. Захматов, К.С. Трофимов // Российский медицинский журнал — 2003. - №1 - С. 37-40.
14. Оловянный В.Е. Видеоскопическая хирургия кистозных заболеваний почек / В.Е. Оловянный, В.М. Сатыбалдыев, С.П. Нестеренко // Эндокопическая хирургия. - 2004. - №6. - С. 13-20.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНИХ ФОРМ ГІПОСПАДІЙ У ДІТЕЙ

П. В. Мірошник

Черкаська обласна дитяча лікарня

Гіпоспадія – природжена недорозвинутість уретри, яка характеризується відсутністю різних за довжиною відрізків її дистальної частини, проксимальною дистопією зовнішнього отвору уретри, викривлення статевого члена рудиментарними рубцями (хордою) в напрямку калитки.

Гіпоспадія спостерігається з частотою 1 випадок на 300-450 новонароджених хлопчиків. У дівчаток ця вада зустрічається рідко.

Одноетапне оперативне лікування гіпоспадії при дистальних формах передбачає одночасне радикальне висічення рудиментарних рубців кавернозних тіл (хорди), створення шкірного сегмента сечівника і формування його зовнішнього отвору на верхівці голівки статевого члена.

Мета роботи – проаналізувати та оцінити ефективність одноетапних операцій при дистальних (пенальних) формах гіпоспадій.

Матеріали та методи: В урологічному відділенні КЗ “ЧОДЛ” Черкаської обласної ради з 2011р. по 2015р. прооперовано 105 дітей (хлопчиків) із гіпоспадією голівки та статевого члена (дистальної, середньої та проксимальної третини статевого члена). Вік пацієнтів становив: до 1 року – 8 дітей, від 1 до 2 років – 21 дитина, 2-3 років – 27 дітей, 3-4 років – 17 дітей, 4-5 років – 13 дітей, 5-10 років – 15 дітей, 10-15 років – 4 хворих.

З гіпоспадією голівки (прихована гіпоспадія) було – 15 (14,3%) хворих, вінцевої борозди – 36 (34,3%), біляголівчата – 8 (7,6%), дистальної третини статевого члена – 21 (20,0%), середньої третини