

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,  
№ 3, 2018  
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року  
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ  
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро  
2018



## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

*Головний редактор*

**С.О. Возіанов**

*Заступник головного редактора*

**В.П. Стусь**

*Відповідальний секретар*

**М.Ю. Поліон**

*Члени редколегії:*

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,  
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,  
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,  
В.Ф. Петербургський,  
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,  
Н.О. Сайдакова**

*Редакційна рада:*

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)  
В.І. Бачурін (Запоріжжя)  
Анджей Борувка (Варшава, Польща)  
О.В. Говоров (Москва, Росія)  
В.М. Григоренко (Київ)  
Ю.М. Гурженко (Київ)  
В.С. Дзюрак (Київ)  
В.І. Зайцев (Чернівці)  
М.О. Колесник (Київ)  
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)  
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)  
О.Г. Резніков (Київ)  
В.С. Сакало (Київ)  
Л.П. Саричев (Полтава)  
Е.О. Стаховський (Київ)  
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)  
М.І. Ухаль (Одеса)  
Петр Хлоста (Краків, Польща)  
В.В. Черненко (Київ)  
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:  
вул. Вернадського, 9, к. 52  
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:  
+38 (0562) 46-30-93  
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua  
e-mail: urologyjournal@yahoo.com  
polion@bigmir.net**

*Засновники:*

ДУ «Інститут урології  
Національної академії медичних наук України»,  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

*Реєстраційне свідоцтво:*  
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України  
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»  
включено до переліку видань,  
в яких можуть публікуватися  
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних  
наукометричних базах даних:  
РІНЦ (Russian Science Citation Index),  
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.  
Затверджено на засіданні Вченої ради  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»  
20.09.2018 р. (протокол № 1)  
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

**Передплатний індекс 48350**

*Передруковувати матеріали  
із журналу «Урологія»  
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»  
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081  
тел. (056) 794-61-04(05)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



© Редакція журналу «Урологія», 2018

пока они не исчезли в нашей работе и сегодня встречаются как казуистика.

Хотим поделиться одним своим наблюдением, когда к нам поступил пациент 40 лет с мочекаменной болезнью, камнем тазового отдела левого мочеточника и функционирующей пункционной нефростомой. Пациенту в санатории была попытка выполнить лазерную контактную литотрипсию, но не удалось провести уретерореноскоп к камню из-за отека слизистой. Также не удалось провести струну и стентировать мочеточник. Учитывая уретерогидро-нефроз слева и начавшуюся лихорадку, ему выполнили пункционную нефростому. К нам он поступил через 1 месяц с хорошо функционирующей нефростомой, за сутки отходило до 1 литра мочи. При антеградной пиелографии контрастное вещество выполняло полостную систему, а в мочеточник не поступало. Больному планово выполнена уретерореноскопия, уретероскоп удалось провести по струне на 3 см, где был обнаружен белесый рубец. При рентгено-скопии тень камня была на 2 см выше рубца. Попытка провести уретероскоп антеградно успеха не имела. Учитывая облитерацию мочеточника, было принято решение выполнить уретеролитотомию и прямую уретеронеоцистостомию слева, что и было выполнено. При выделении мочеточника ниже камня выявлен фиброзный

тяж. С нашей точки зрения, облитерация произошла в результате отсутствия «обтекания» мочи по просвету мочеточника.

#### Выводы

1. К выполнению уретерореноскопии следует допускать исключительно опытных урологов.

2. При выполнении уретерореноскопии движения должны быть выверенными и никаких форсированных движений, продвигать эндоскоп необходимо плавно и всегда помнить, что мочеточник — это легко ранимый орган.

3. Оптическая среда должна быть абсолютно прозрачной. Для проведения эндоскопа, несмотря на опытность уролога, следует использовать специальные проводниковые струны, которые проводят в пределах поля видимости.

4. В тех случаях, когда допущена скарификация слизистой или выражен воспалительный процесс в слизистой мочеточника, уретероскопию необходимо завершать стентированием.

5. Чем длительней камень находится в просвете мочеточника, тем выше показания к стентированию.

6. Если мочеточник не стентирован, то в течение трех суток уже может сформироваться стриктура, которая приведет к облитерации, а в последующем — к выполнению уретеронеоцистостомии.

## ОСЛОЖНЕНИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ УРОЛОГИИ

*Э.А. Светличный<sup>1</sup>, А.М. Фридберг<sup>1,2</sup>, С.О. Косильников<sup>2</sup>,  
К.В. Кравченко<sup>2</sup>, С.А. Тарнопольский<sup>2</sup>, Н.Н. Моисеенко<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

За последние 20 лет урология, как специальность, стала активно развиваться. Появились новые способы и методики оперативных вмешательств при камнях почек и камнях мочеточников, «остро-застойной» почке.

Сложно определить дату и время зарождения малоинвазивной урологии. Так, исходно можно 1806 год считать началом малоинвазивной урологии, когда Боззини впервые создал аппарат «Lichtleiter» для исследования прямой кишки, шейки матки и уретры у женщин. А в 1941 г. Рюпель и Бровн впервые выполнили чрескожную перкутанную нефроскопию.

В X веке нашей эры арабский врач Серапион впервые в мире, с помощью раскаленного металлического прута сформировал фистулу, а

затем из почки извлек мочевого камень. Его подвиг в 1663 году повторил французский врач Доменик де Мархети.

Конечно же, пальму фундаторов малоинвазивной урологии следует отдать Амплацу и Алькену (1982 г.), которые уже поставили на «поток» перкутанную нефроскопию. В их строю заслуженно должно упоминаться имя Викхама, который внедрил перкутанную нефроскопию и удаление мочевого камня из почки в 1987 г. В НИИ урологии России был создан отдел эндоскопической урологии и дистанционной литотрипсии, который возглавил В.Я. Симонов. В 1993 г. издана первая монография по малоинвазивной урологии (А.В. Морозов, А.Г. Мартов, В.М. Перельман, О.В. Теодорович).

В клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» внедрение малоинвазивной урологии было начато в 1993 году. И ныне это уже развитая «модульная операционная», которая позволяет выполнять любые перкутанные, трансуретральные и трансуретеральные вмешательства.

Но сегодня речь пойдет о возможных осложнениях в малоинвазивной урологии, что определяет актуальность нашего сообщения.

В 1993 г. был определен перечень возможных осложнений при малоинвазивных вмешательствах (А.Г. Мартов и соавт., 1993).

- Параренальная и парапельвикальная экставазация контрастного вещества и мочи.
- Сквозной прокол лоханки.
- Экстраренальное сворачивание дренажной трубки.
- Попадание поисковой иглой в органы брюшной полости.
- Кровотечение, тампонада лоханки.
- Септицемия, бактеремический шок.
- Пневмоторакс.
- Потеря пункционного хода.
- Пункция и дренирование кисты, принятой за ретенционно измененную лоханку.

В период с 2008 по 2018 г. нами выполнено 7966 операций, УРС + КЛТ + уретеролитоэкстракция – 2430; ПНС + КЛТ + уретеролитоэкстракция – 2768; ТУР + КЛТ + удаление фрагментов камня – 62; прочие – 1988; ДЛТ – 718.

При анализе зарубежной литературы мы отметили неотраженный момент осложнений в нашей литературе, так называемые осложнения технического порядка. Так, во время наших эндоскопических вмешательств, к примеру: отключалась подача электричества, перегорали предохранители аппарата, происходил «перелом» эндоскопа, «перелом световода», перелом кабеля заземления, внезапное помутнение на мониторе оптического изображения, независимо от повреждения оптической системы.

По этой причине Алексей Владимирович Люлько в 1991 г. в штатное расписание клиники, предложил ввести должность инженера-электронщика-радиолога для блокирования таких видов осложнений и технического обслуживания аппаратуры. И это положение сохраняется поныне.

За время функционирования «модульного комплекса» мы трижды столкнулись с попаданием «поисковой» иглы в брюшную полость при создании пункционного доступа в полость почки, без повреждения органов брюшной полости.

В первом случае мы выполнили люмботомию, ушивание ранения брюшины. Подобное осложнение в нашей практике было еще два раза, но в этих случаях мы из этой ситуации вышли консервативно, дренаж удерживался две недели и рана брюшины и фистула самостоятельно закрылись.

Недавно мы столкнулись с нестандартной ситуацией. К нам в плановом порядке поступил пациент 58 лет. Мочекаменной болезнью страдает в течение 7 лет. В анамнезе дистанционная литотрипсия (ДЛТ) камней левой почки. Контрольное исследование не проводилось и данных об эффективности ДЛТ нет. 22.03.18 г. по поводу острозастойной левой почки выполнена перкутанная пункционная нефростомия. В послеоперационном периоде пассаж мочи восстановился, за сутки по нефростоме отходило 1000 – 1100 мл мочи. Общие анализы крови и мочи были «спокойные». УЗИ – левая почка – паренхима сохранна в лоханке камень 21x9 мм, на фоне нефростомы, эктазии нет. Справа – паренхима почки сохранна, эктазии и конкрементов в почке нет. Тогда же, с целью контроля выполнена СКТ – левая почка – паренхима сохранна, в лоханке конкремент 20x21 мм, плотностью 1040 ед. Хунсвилда, в средней чашке левой почки камень 9x5 мм, на фоне нефростомы, эктазии нет. Нефростома проведена, минуя нижний край почки к верхнему краю почки и через верхнюю чашку в лоханку. Больной обследован, осмотрен анестезиологом, подготовлен к плановому оперативному вмешательству. 11.06.18 г. под эпидуральной анестезией выполнена операция – уретерореноскопия – премещение камня в лоханку. Камень подвергнут контактной литотрипсии. Фрагменты камня удалены. Операция завершена нефростомой с гемостатическим баллоном. То есть операция проходила в штатном режиме. Первые сутки послеоперационного периода протекали гладко, существенных жалоб не отмечалось, нефростома функционировала хорошо, по ней за 12 часов получено 700 мл прозрачной, светло-желтой мочи. Но при бимануальной пальпации в поясничной области слева стала определяться крепетация. 12.06.18 г. при контрольном СКТ – нефростома проходит рядом с нисходящей кишкой, в забрюшинном пространстве и брюшной полости определяется газ, без клинических проявлений «острого живота», крепетация в области нефростомы. Больной консультирован хирургом, принято решение о консервативном ведении, к назначенной терапии добавлен метронедазол. Через 12 суток нефростома заменена на забрюшинный дре-

наж. Отделяемое скудное. По дренажу в рану введена мазь с повидон-йодом. Через сутки дренаж удален. При выписке контрольное УЗИ левой почки отмечается «легкая пиелозктазия», теней подозрительных на конкременты нет. Свищевое отверстие самостоятельно закрылось. При контрольном осмотре через месяц, после выписки, состояние удовлетворительное, жалоб нет. Мочится самостоятельно,

естественным путем. На месте фистулы тонкий белесый рубец. Кишечник функционирует хорошо, перистальтика активная, оправляется регулярно 1 раз в сутки. Кал оформленный, естественного цвета.

Таким образом, плановое и динамическое наблюдение за больным при малоинвазивном вмешательстве позволило избежать «открытого» оперативного вмешательства.

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕТОЧНИКА, А ВОЗМОЖЕН ЛИ ОН? ЭКСТРАВАЗАЦИЯ МОЧИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.М. Фридберг <sup>1,2</sup>, Э.А. Светличный <sup>2</sup>, Е.П. Украинаец <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

В 2003 г. была опубликована статья профессора А.В. Люлько (и соавт.) о патогенезе экстравазации мочи и пиелоренального рефлюкса в условиях острого и хронического нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Термин «экстравазация мочи» (экстра + vas (сосуд) — накопление серозно-геморрагического экссудата или небольшого количества крови около кровеносного сосуда) необходимо пересмотреть. Впервые на проникновение мочи за пределы чашечно-лоханочной системы на экскреторных урограммах при «почечной колике» обратил внимание F. Fuchs (1931). И с этого момента урологи очень часто отмечали при экскреторных исследованиях случаи экстравазации контрастного вещества за пределы полостной системы почки на фоне «почечной колики».

Возникновение такой специальности, как диапневтика, позволяет во многих случаях отказаться от старых оперативных способов лечения в урологической практике. В 1993 г. в монографии под редакцией А.В. Морозова «Диапневтика в урологии (чрескожная инструментальная)» впервые прозвучал тезис, что «жидкостное объемное образование» — обозначение патологического процесса, который характеризуется скоплением жидкого содержимого (гноя, крови, мочи, лимфы) в ограниченном пространстве, образовавшемся интра- или параренально. Являясь общепринятой характеристикой таких поражений, как киста, абсцесс, гематома, пионефроз и

пр., термин «жидкостное объемное образование» одновременно подразумевает, что по отношению к этим видам поражения может быть применено «катетерное» лечение — пункция, эвакуация содержимого, дренирование патологической полости, введение (при необходимости) антисептического или склерозирующего препарата.

Последние пять лет нами были выявлены множественные случаи, когда при «почечной колике» выполнялась литокинетическая терапия, на изгнание мочевого конкремента небольших размеров (от 3 мм до 5 мм) из мочеточника. Так называемое состояние, когда наши коллеги трактуют, как: «Камень мочеточника, с тенденцией к самоотхождению». В международной классификации такого диагноза нет. При этом клинически болевой синдром легко купируется, сохраняется нормотермия, общий анализ крови остается «спокойным», т. е., никаких признаков катастрофического процесса в течение 5–6 суток наблюдения.

Но нашими работами было показано, что в борьбу с «почечной коликой» включаются такие системы как ренин-ангиотензинная система, для усиления кровотока в микроциркуляторном русле почки и усиление диуретического эффекта. Но «обменное звено» микроциркуляторного русла не переносит внутрисосудистого повышения давления. Капиллярная сеть разрушается, и в микроциркуляторное русло идет мощный выброс калликрейна (депрессорный фак-