

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 Боровка (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

и ранний пубертатный периоды. Наши наблюдения показывают, что эффективность терапии ХГ

существенно снижается, если начинать проводить лечение пациентов в 17–18-летнем возрасте.

К ВОПРОСУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗОВ У МАЛЬЧИКОВ

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, Е.П. Украинаец², Е.А. Квятковский³,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, В.Н. Краснов²*

¹ КУ «Днепропетровская ГБ №12»

² КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП №4»

Частым пороком развития полового члена является фимоз — сужение крайней плоти, препятствующее освобождению головки полового члена из препуциального мешка. Это состояние часто наблюдается у новорожденных мальчиков. При фимозе внутри препуциального мешка скапливается беловатое сальное вещество (смегма), продуцируемое железами, расположенными на головке полового члена. Смегма может сгущаться, инкрустироваться солями, а при присоединении инфекции — разлагаться, вызывая воспаление головки и крайней плоти полового члена (баланопостит), что в дальнейшем может привести к развитию рака полового члена. Выраженный фимоз может вызывать затруднения мочеиспускания у детей, задержку мочи и даже стать причиной уретерогидронефроза. Эти дети становятся капризными, у них появляется зуд в области крайней плоти, болезненные мочеиспускания, ночное недержание мочи. Очень часто при врожденной узости крайней плоти внутренний листок ее срастается с головкой полового члена. Частые воспаления, трещины крайней плоти способствуют развитию в ней рубцового процесса. В таких случаях говорят о рубцовом фимозе. Распознавание врожденного фимоза не представляет трудностей. Для установления правильного диагноза достаточно осмотра крайней плоти и попытки обнажить головку полового члена. К сожалению, мы располагаем наблюдениями, когда при фимозе была ложная пиурия, по поводу которой дети длительно и безуспешно лечились. При отсутствии атрофии и склероза крайней плоти показан терапевтический подход, особенно, если принять во внимание физиологические стадии головки члена (А.В. Бухмин, И.М. Антонян, Н.Б. Полякова). Доказано, что крайняя плоть является эрогенной зоной, связанной с осяза-

тельными центрами головного мозга, и играет важную роль в механическом возбуждении полового члена. Скудность чувствительности головки хорошо дополняется высокой чувствительностью эрогенной ткани крайней плоти. Обрезание неизбежно приводит к потере чувствительности полового члена, что приводит к снижению живого отклика на половое возбуждение. Постоянное раздражение неприкрытой головки вызывает кератинизацию эпителия. В связи с этим обрезание является наименее желательным выбором при лечении фимоза, особенно в детском возрасте.

Как свидетельствует статистика, в возрасте до 1 года головка полового члена открывается не более чем у 10–20% мальчиков. Некоторые авторы считают фимоз в возрасте до года физиологическим. При недосмотре физиологический фимоз трансформируется в патологический. В первый год жизни крайнюю плоть нужно бережно и правильно растягивать, лучше после принятия ребенком ванны, когда кожа становится мягкой и эластичной.

С сожалением констатируем, что в последние годы резко увеличилось количество фимозов у мальчиков. Видимо, это связано с неблагоприятной экологической ситуацией, а также повальным использованием одноразовых подгузников.

Физиологический детский фимоз всегда врожденный. Кожа крайней плоти новорожденных скреплена с головкой особыми спайками, не позволяющими головке высвободиться. Это защитный механизм, оберегающий внутреннее препуциальное пространство от проникновения болезнетворных бактерий и последующего воспаления (баланопостита). Патологический фимоз — следствие врожденного или приобретенного

(вторичного) фимоза. Независимо от этого, он бывает: рубцовый (атрофический) — на крайней плоти образуется множество рубцов; гипертрофический — наблюдается избыток кожи, мешающий открыть головку. Рубцовый (атрофический) фимоз характеризуется истончением крайней плоти, уменьшением эластичности кожи и появлением рубцов (белесого окраса). Возникает из-за травм (попыток оголить головку) или инфекционных воспалений. Во втором случае появляется отек крайней плоти. Кожа надрывается, и на месте ранок постепенно возникают рубцы. Данный вид проблемы лечится без операции только при условии отсутствия осложнений. Гипертрофический фимоз — покрытие головки полового члена избыточным количеством кожи, сужающимся на конце. Часто наблюдается у детей с лишним весом. Жировая клетчатка скапливается в области живота и лобка, удлиняя крайнюю плоть. В препуциальную область попадают микробы, которые размножаются в смазке и приводят к воспалению.

Мы являемся приверженцами консервативного устранения фимоза. В районе обслуживания КУ «Д ГБ №12» ДГС проводится тщательный осмотр мальчиков от рождения и до 18 лет с целью выявления андрологических заболеваний. Мы проанализировали 755 случаев фимоза у мальчиков с рождения и до 10-летнего возраста. В 730 (96,7%) случаях нам удалось консервативными мероприятиями устранить фимоз. В

25 случаях с явлениями рубцового фимоза и короткой уздечки выполнено круговое иссечение крайней плоти и френулопластика. Устранение сращений между внутренним листком крайней плоти и головкой полового члена производили под местной анестезией Инстиллагелем, Катеджелем и Эмлой. Эффект анестезии наступал с экспозицией 20–25 минут. Манипуляции производились в операционной поликлиники при помощи сосудистых зажимов и желобоватого зонда. В дальнейшем 7–10 дней мальчикам выполняли ванночки полового члена с настоем череды и коры дуба после каждого мочеиспускания при температуре раствора 38 °. В течение нескольких дней явления баланопостита исчезали. Крайняя плоть становилась эластичной, нежной, легко растяжимой.

При сочетании фимоза и короткой уздечки после психотерапевтической подготовки мальчикам в 7–8 лет под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина выполнялась френулотомия с френулопластикой. У 50 детей в возрасте до 1 года произведено устранение фимоза в связи с гнойным баланопоститом. Консервативное устранение фимоза у детей оправдано с точки зрения физиологии развития полового члена. Положительный эффект при консервативном устранении фимоза получен в 95,3% случаев, что позволяет нам рекомендовать данный метод лечения для широкого внедрения в клиническую практику.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

*И.М. Русинко¹, Е.А. Квятковский², В.В. Коштура³,
В.Н. Корягин⁴, Е.П. Украинец⁵, В.Н. Краснов⁵*

¹ КУ «Днепро́вская ГБ № 12»

² КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

³ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁴ КУ «Днепро́вская ГП № 4»

⁵ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Доброкачественные опухолевидные образования уретры у женщин обычно возникают на слизистой у наружного отверстия уретры и часто наблюдаются в постменопаузе, что связывают с нарушением гормонального баланса — дефицитом эстрогенов и с хроническими воспалительными заболеваниями мочевых путей инфекционной природы.

Изучение опухолей уретры, согласно сообщению К.Г. Вильгельм-Эллердта (1926), началось в начале XVIII века. Со времени введения эндоскопических методов исследования сообщения об опухолях уретры участились. В отечественной и зарубежной литературе имеется значительное количество сообщений, посвященных опухолям уретры, однако в каждой из них при-