

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



8 6 >

9

772307 527009

тор). Межклеточные промежутки расширяются, плазма крови выходит за пределы сосудов и становится источником интерстициального отека, что в скором времени становится «экстравазатом». Такой «экстравазат» современными сонологами трактуется, как мочево́й затек.

Но при контрольной экскреторной пиелографии или при выполнении спиральной компьютерной томографии с болюсным введением контрастного вещества определялось объемное жидкостное образование в забрюшинном пространстве, особенно в область почечного синуса или переуретерально. Мы были свидетелями, когда однозначно устанавливался диагноз: «спонтанный разрыв мочеточника или лоханки, мочево́й затек». Традиционное решение вопроса, это «открытое оперативное вмешательство — люмботомия на стороне поражения», давало провальный результат. Так, перфорационное отверстие или место разрыва, при явном «мочево́м затеке», обнаружить не удавалось. Таких случаев мы наблюдали 4 и такой мочево́й затек мы стали называть «экстравазат». Во всех 4 случаях больным выполнялось «традиционное» оперативное вмешательство, которое завершалось уретеролитотомией, нефростомией и дренированием забрюшинного пространства. Послеоперационный койкодень традиционно составлял в среднем 12–16. Диспансерное наблюдение за подобной группой больных показало, что в результате проведенного лечения возникали изменения в забрюшинной клетчатке, в виде перинефрита, периуретерита, как результат рассечения тканей. В последующем это проявлялось и клинически: «панцирный» перинефрит, стриктура мочеточника.

Для решения подобной проблемы мы перестали прибегать в этой ситуации к люмботомии. В этом случае мы стали выполнять пункционную нефростомию полостной системы почки и дополнительно устанавливать второй дре-

наж pig tail в полость «экстравазата». После нормализации состояния пациента, а это в среднем 21 сутки амбулаторного лечения, мы выполняем контактную литотрипсию камня мочеточника и экстракцию его осколков (при необходимости — стентирование, сроком до 1 месяца). Таких случаев за последние три года у нас было 19, осложнений в этой ситуации мы пока не наблюдали, все пациенты взяты на диспансерное наблюдение.

Выводы

1. Проведение литокинетической терапии должно выполняться при тщательном наблюдении за пациентом — ежедневный ультразвуковой контроль, с использованием доплеровского датчика, который позволяет определять нарушение кровотока в самой почке.

2. С помощью доплеровского датчика можно отслеживать пассаж мочи на стороне почечной колики и тем самым оценивать эффективность литокинетической терапии.

3. При отсутствии самоотхождения камня мочеточника в течение 4–5 суток, становится целесообразным выполнение уретерореноскопии, литоэкстракции или перкутанной нефростомии в качестве паллиативного вмешательства.

4. Тщательная термометрия, общий анализ крови, при показаниях СКТ с болюсным введением контрастного вещества показаны оперативные методы оказания помощи.

5. Порой субъективное «хорошее» состояние пациента при экстравазации мочи в паранефральную и парауретеральную клетчатку, халатное наблюдение за пациентом, может завершиться острым гнойным процессом.

6. С нашей точки зрения, пациенты с острозастойными процессами в почке подлежат почасовому наблюдению, т.к. вопрос дальнейшей тактики может радикально измениться в любую минуту.

НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРОЙ УРЕТРЫ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян^{1, 2}

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Введение. Результаты лечения стриктур уретры зависят от адекватной предоперационной оценки и планирования оперативного вмешательства. Адекватная предоперационная оценка

и планирование оперативного вмешательства, более широкое внедрение современных методик пластики уретры, использование не этапного, а патогенетически обоснованного подхода к вы-

бору оптимального метода лечения позволяет в значительной степени повысить эффективность лечения стриктуры уретры.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2018 г. в клинике урологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» на базе КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» пролечено 161 больного со стриктурой мочеиспускательного канала, в возрасте от 18 до 88 лет (в среднем 49,72 лет), протяженность стриктуры от 2 до 145 мм (в среднем 39,42 мм). По локализации стриктуры были распределены следующим образом: в висячем отделе — у 39 (24,22%), в бульбозном — у 74 (45,96%), в мембранозном — у 48 (29,81%) пациентов. По этиологии: поствоспалительная 48 (29,79%), посттравматическая 75 (46,8%), lichen sclerosis 9 (5,59%), гипоспадия 8 (4,97%), эписпадия 1 (0,62%). Внутриоптическая уретротомия (ВОУ) произведена 39 (24,22%) пациентам при стриктурах различных отделов уретры (у 18 операция выполнена однократно, у 15 — двукратно, у 6 — 3 и более раз); анастоматическая пластика уретры — 47; заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки (ЗУПСЩ) — 38 (23,6%); заместительная уретропластика с использованием влагалищной оболочки яичка (ЗУПВОЯ) — 2 (1,24%); заместительная уретропластика с использованием васкуляризованного кожного лоскута полового члена — 18 (11,18%); меатотомия — 8 (4,97%) пациентам; отказались от оперативного вмешательства по различным причинам — 10 (6,21%) пациентов.

На предоперационном этапе проводили стандартное обследование, которое включало изучение жалоб, анамнеза и физикального обследования больных, в том числе использование Международной системы суммарной оценки симптомов заболевания нижних мочевых путей (IPSS), лабораторные исследования, ультразвуковые исследования (УЗИ) органов мочевыделительной системы, уретрографию, уретроскопию.

ВОУ выполняли по общепринятой методике с использованием уретростомов с холодным ножом по Sachse. Стриктура уретры, после проведения дистальнее нее мочеточникового катетера, рессекалась на 12 ч до достижения максимального допустимого просвета уретры или появления интактной ткани спонгиозного тела. ВОУ выполнялась во всех отделах уретры по длине стриктуры от 2 до 27 мм.

Показанием к анастоматической пластике уретры являлись сужения бульбозного, бульбомембранозного отдела уретры до 30 мм. Замес-

тительную уретропластику с использованием буккальной слизистой или кожи полового члена применяли при рецидивных или длинных стриктурах бульбозного, бульбомембранозного (> 30 мм) и пенального (> 5 мм) отделов уретры. Забор трансплантата слизистой щеки проводился по методике Barbagli.

Послеоперационный мониторинг пациентов включал выполнение следующих видов обследования: уретрографии — сразу после удаления уретрального катетера (при открытых вмешательствах) и через 3, 6 и 12 мес. после операции; уретроцистоскопии — по показаниям при ухудшении качества мочеиспускания; исследования показателя IPSS и индекса QoL через 3, 6 и 12 мес. после операции; оценки половой функции с помощью анкеты IIEF через 3, 6 и 12 мес. после операции. После первого года наблюдений пациенты обследовались только после появления жалоб.

Критерием развития рецидива стриктуры уретры считали возобновление симптомов obstructивного мочеиспускания; наличие уретрографических или уретроскопических данных за сужение просвета мочеиспускательного канала до 10 и менее по Шарьеру, необходимость бужирования или повторных операций для восстановления нормального мочеиспускания.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica v.17.0 производства компании StatSoft.

Результаты и их обсуждение. Сроки наблюдения пациентов после оперативного лечения варьировали от 3 до 42 мес. Рецидив стриктуры уретры после ВОУ первые 12 мес. возник у 23 (58,9%) из 39 пациентов. У 14 пациентов с протяженностью стриктуры до 5 мм после операции рецидив стриктуры до 12 мес. возник у 3 (21,4%) пациентов, у 19 пациентов с протяженностью 5–15 мм — у 14 (73,68%) пациентов, у 6 пациентов с протяженностью 15 мм и более — у 6 (100%) пациентов. Среди осложнений после ВОУ: перфорация уретры у 3 (7,69%) пациентов, из них у одного на фоне консервативной терапии отек и гематома мошонки, удалось разрешить, у второго — осложнился парауретральным абсцессом, который был вскрыт через 3 мес. после операции, и через 6 мес. проведена анастоматическая пластика уретры с выздоровлением; выраженная уретроррагия у 2 (7,8%) пациентов, которую удалось разрешить консервативно; ложный ход у 1 (3,22%) пациента; уретральная лихорадка у 5 (12,82%) пациентов, отеки, гематомы мошонки и полового члена у 3 (7,69%). Всего осложнений было у 15 (38,46%) больных.

Анастоматическая пластика проведена 47 пациентам: в бульбозном отделе — у 26 (55,32%), в бульбо-мембранозном отделе — у 12 (25,53%), в мембранозном отделе — у 9 (19,15%). Протяженность стриктуры была от 8 до 37 мм. Осложнение в виде гнойного уретрита было у 1 (3,44%) пациента, что привело к рецидиву стриктуры уретры. Рецидив стриктуры возник у 3 пациентов (6,38%). Через 4 месяца первому больному проведена заместительная уретропластика слизистой щеки — выписан с выздоровлением; второму — ВОУ с восстановлением самостоятельного мочеиспускания, но периодически проводится бужирование; третьему — планируется повторная операция.

Заместительная уретропластика с использованием слизистой щеки произведена 38 пациентам: в висячем отделе — у 12 (31,57%), в бульбозном отделе — у 22 (57,89%), в бульбо-мембранозном отделе — у 4 (10,53%). Протяженность стриктуры варьировала от 38 до 145 мм. Осложнения: гнойный уретрит и нагноение раны у 1 (2,63%) пациента. Рецидив возник у 2 (5,26%) пациентов. Одному больному через 4 мес. проведена анастоматическая пластика уретры — выписан с выздоровлением. Второму больному проведена повторная заместительная уретропластика слизистой щеки — выписанный с выздоровлением. У 3 больных (7,89%) после центральной «onlay» уретропластики, после удаления уретрального катетера отмечалась несостоятельность швов. У этих больных в последующем отмечено языковидное расширение и деформация уретры с сохранением удовлетворительного мочеиспускания. У 2 больных (5,26%) отмечен дриблинг мочи.

Заместительная уретропластика с использованием кожи полового члена произведена 18 пациентам. Локализация — висячий отдел. Протяженность стриктуры от 15 до 65 мм. Ос-

ложнений нет. У всех больных восстановлено адекватное самостоятельное мочеиспускание. У 1 больного через 3,5 года возник рецидив. Проведена повторная пластика уретры кожей полового члена — выписан с выздоровлением.

Заместительная уретропластика с использованием влагиалищной оболочки яичка произведена 2 пациентам. Локализация — бульбозный отдел. Протяженность стриктуры от 22 до 43 мм. У обоих больных возник рецидив стриктуры (у первого больного через 1 мес., у второго — через 3 мес.). У этих больных произошла частичная адаптация трансплантата влагиалищной оболочки яичка и уменьшение протяженности стриктуры, что дало возможность через 4 мес. провести анастоматическую пластику уретры. Осложнений нет.

Выводы

1. ВОУ сопровождается значительными осложнениями (38,46%) и высокой частотой рецидива (58,9%). Необходимо резко сузить показания к ВОУ. Применять только при сужениях протяженностью до 5 мм. ВОУ необходимо считать паллиативной операцией, приводящей только к временному улучшению состояния пациентов, не подходящих для открытой реконструктивной операции, или до момента, пока не станет возможным планирование и осуществление полноценной уретропластики.

2. Открытые операции дают хорошие ранние и поздние послеоперационные результаты. При этом значительно ниже послеоперационные осложнения (1,24%) и рецидивы (4,97%). В 99,4% случаев восстановлено самостоятельное мочеиспускание (у 3,73% после повторных операций).

3. Заместительная уретропластика с применением трансплантата влагиалищной оболочки яичка дает неудовлетворительный результат и не рекомендуется для лечения стриктур уретры.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян^{1, 2}

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена — заболевание, характеризующееся фиброзным поражением белочной оболочки кавернозных тел, при-

водящее к искривлению полового члена, развитию эректильной дисфункции и нарушению копулятивной функции. Учитывая, что БП страдают мужчины относительно молодого возраста,