

на ХТ, мають значно кращі показники 2-річної виживаності (2-year survival 100% vs 74%, log-rank $p < 0,02$).

Висновки. Дані, отримані на момент зрізу даних, свідчать на користь ефективності прове-

дення неoad'ювантної хіміотерапії у пацієнтів з інвазивними кВШ. Даний підхід дозволяє підвищити виживаність пацієнтів та вірогідність проведення у них органозберігаючого лікування при мінімальних ризиках ускладнень.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ УРАХУСА

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Г.В. Даниленко², Н.Ю. Полион¹

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница № 12» ДГС

Патология урахуса чаще всего встречается у новорожденных, и частота встречаемости довольно высока, по некоторым данным, до 30–50% новорожденных имеют ту или иную патологию урахуса. Однако, учитывая возможную бессимптомность некоторых вариантов данного заболевания, а также продолжающееся до 1,5 лет заращение протока — частота встречаемости постепенно снижается. В детском возрасте выявляется до 95% всех заболеваний урахуса. У взрослых также диагностируется данная патология, хотя и значительно реже — с частотой до 1:5000, чаще всего — по данным аутопсий, поскольку патологии урахуса могут себя никак не проявлять на протяжении всей жизни.

Пороки развития урахуса подразделяются на 4 типа в зависимости от степени незаращения: пупочный свищ; киста урахуса; пузырно-пупочный свищ; дивертикул мочевого пузыря. Консервативная терапия при пороках развития урахуса возможна только при наличии пупочного свища. Во всех остальных случаях, а также в случаях неэффективности консервативной терапии, проводится хирургическое лечение. Операцией выбора как при неосложненной, так и при нагноившейся кисте следует считать ее радикальное иссечение вместе с мочевым протоком.

Урахус — мочевой проток, соединяющий верхушку мочевого пузыря с пуповиной, является производным внутрибрюшинного отрезка аллантаиса и на ранних стадиях эмбриогенеза представляет собой проток, соединяющий мочевой пузырь с внеэмбриональной частью аллантаиса. К 5–7-му месяцу внутриутробного развития он обычно окончательно облитерируется и становится средней пузырно-пупочной связкой. Однако в некоторых случаях просвет урахуса сохраняется в течение всей дальнейшей жизни. Необходимо также отметить, что непос-

редственные причины нарушения заращения данного протока пока не ясны. При нарушении процесса облитерации во внутриутробном периоде после рождения ребенка и отпадения пуповины проток (или его часть) остается открытым. Чаще всего встречается оставшаяся необлитерированная пупочная часть урахуса или его киста, образовавшаяся после заращения наружного и внутреннего отделов эмбрионального мочевого хода — это «пупочный свищ» и «киста урахуса». Клинически при пупочном свище кожа вокруг него мацерирована, воспалена, имеются грануляции, серозное отделяемое.

При исследовании зондом выявляется слепо заканчивающийся карман в направлении мочевого пузыря по срединной линии. Часто пупочный свищ может инфицироваться, в таком случае присоединяется гнойное отделяемое. Киста урахуса может не проявлять себя клинически до момента воспаления и диагностируется исключительно при проведении УЗИ-исследования или оперативных вмешательствах на органах брюшной полости. В зависимости от локализации различают околопузырные, промежточные и околопупочные кисты урахуса. Киста урахуса может сообщаться узким свищевым ходом с пупком, мочевым пузырем или одновременно с обоими, и в таком случае при инфицировании присоединяются симптомы нагноения — появляются боль, гиперемия кожи над опухолевидным образованием, лихорадка, воспалительные изменения в клинических анализах крови. При наличии свища нагноившейся кисты в область пупка из свищевого отверстия выделяется гной или гной с примесью крови. При пальпации передней брюшной стенки ниже пупка количество отделяемого увеличивается.

При сообщении нагноившейся кисты урахуса с мочевым пузырем возникает цистит и

пиурия. Также нагноение кисты может вызвать флегмону передней брюшной стенки, а разрыв кисты может повлечь за собой возникновение разлитого перитонита. Механизм образования и роста кист морфологи объясняют метаплазией переходного эпителия урахуса в цилиндрический эпителий, который продуцирует серозную жидкость, заполняющую просвет незарощенного участка эмбрионального протока, что и приводит к его расширению. Инфицирование же возможно гематогенным, лимфогенным путем или через собственно свищевой ход. Если необлитерированной остается нижняя часть отдела урахуса, сообщающаяся с мочевым пузырем, то диагностируют дивертикул мочевого пузыря (верхушечный дивертикул мочевого пузыря). Клиническая картина будет зависеть от его размеров и диаметра сообщения с мочевым пузырем, наличия воспалительных изменений. Дивертикул также может клинически себя не проявлять и диагностироваться случайно во время цистоскопии, цистографии или УЗИ. Если сообщение с узким отверстием, то опорожнение его затруднено и остаточная моча в мочевом пузыре вызывает его растяжение и атонию стенок, обуславливая присоединение инфекции и развитие цистита и дивертикулита. Появляются дизурия, боль в надлобковой области. Лучше всего визуализируется данная патология при цистографии в тугом заполнении и/или на высоте акта мочеиспускания. Лечение верхушечного дивертикула мочевого пузыря только оперативное. Реже всего встречается функционирующий пузырно-пупочный свищ. Клинически из пупка отмечается выделение мочи (по каплям, а при беспокойстве ребенка и напряжении передней брюшной стенки — струйкой). В случае полного свища в диагностике помогает введение в него красящих веществ (например, метиленового синего или индигокармина). Окрашивание мочи будет свидетельствовать о сообщении свища с мочевым пузырем. При диагностике свища также выполняются рентгеновская фистулография и цистография. Консервативная терапия при пороках развития урахуса возможна только при наличии пупочного свища. Во всех остальных случаях, а также в случаях неэффективности консервативной терапии, проводится хирургическое лечение. При наличии активного воспалительного процесса необходимо первично купировать обострение инфекции. Если выполнять хирургическое лечение во время острого воспалительного процесса, то очень высока вероятность развития перитонита и/или уросепсиса. Выполняют полное внебрюшинное иссечение урахуса на

всем протяжении от пупка до верхушки мочевого пузыря. Дефект стенки мочевого пузыря устраняют наложением двухрядных швов. Радикальным методом лечения также является иссечение урахуса на всем протяжении вместе с пупочной частью. При кисте урахуса — лечение исключительно хирургическое. Маленькие (инфицированные и неинфицированные) кисты следует удалять одномоментно вместе с самим урахусом вплоть до мочевого пузыря. Большие кисты могут первично дренироваться через брюшную стенку. При нагноении кисты оперативное лечение осуществляют в 2 этапа: первый этап — вскрытие и дренирование кисты, второй — радикальное удаление ее с урахусом после стихания воспалительных явлений. Лечение верхушечного дивертикула заключается в его полном иссечении.

Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов (из них 11 мужчин и 4 женщины) с патологией урахуса в возрасте от 18 до 52 лет:

- у двух пациентов обнаружена аденокарцинома дивертикула пузырного отдела урахуса с прорастанием в верхушку мочевого пузыря;

- у четырех пациентов обнаружена инфицированная киста урахуса, имитировавшая омфалит;

- у четырех пациентов обнаружена инфицированная киста урахуса, имитировавшая ущемленную пупочную грыжу с геморрагическим отделяемым;

- у пяти пациентов обнаружен пупочный свищ, имитировавший абсцесс пупка.

У пациента 20 лет обнаружена аденокарцинома дивертикула пузырного отдела урахуса с прорастанием в верхушку мочевого пузыря, с гидронефрозом II–III степеней единственной правой почки, вызванным стриктурой правого лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС). После комплексного обследования в два этапа выполнены два оперативных вмешательства:

1. Полное внебрюшинное иссечение урахуса с резекцией верхушки мочевого пузыря.

2. Пластика правого ЛМС.

Пациент наблюдается нами 30 лет после оперативного вмешательства. Состояние удовлетворительное.

Пациентке 40 лет с аденокарциномой дивертикула пузырного отдела урахуса произведено внебрюшинное полное удаление урахуса с резекцией верхушки мочевого пузыря. После операции наблюдается в течение 10 лет.

Четверым пациентам с инфицированной кистой пупочного отдела урахуса, имитировавшей омфалит произведено оперативное вмеша-

тельство в два этапа. Вскрытие абсцесса в острый период и в «холодный период» — полное внебрюшинное иссечение урахуса от пупка до верхушки мочевого пузыря.

Четверым пациентам с инфицированной кистой урахуса, имитировавшей ущемленную пупочную грыжу с геморрагическим отделяемым, произведено вскрытие абсцесса и полное внебрюшинное иссечение урахуса от пупка до верхушки мочевого пузыря в «холодный» период.

У пятерых пациентов, у которых обнаружен пупочный свищ, имитировавший абсцесс, в остром периоде произведено вскрытие и дренирование абсцесса, а в «холодном» периоде — пол-

ное внебрюшинное удаление урахуса от пупка до верхушки мочевого пузыря.

Все оперированные пациенты выздоровели. Всем им в дооперационный период произведено комплексное лабораторное и инструментальное обследование, а также цистоскопия, ретроградная цистография с контрастом, экскреторная урография, по показаниям КТ с контрастом.

Наш скромный опыт говорит о необходимости проведения тщательного комплексного обследования пациентов, поступающих на прием к урологу или хирургу с жалобами на изменения и выделения из передней боушной стенки в области пупка с целью исключения патологии урахуса.

НАШ ПОДХОД К УСТРАНЕНИЮ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.М. Русинко², Г.В. Даниленко², Н.Ю. Полион¹

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КНП «Городская больница № 12» ДГС

Вопросами лечения гипогонадотропного гипогонадизма (ГГ) мы занимаемся с 1985 года. Целью терапии препубертатного и раннего пубертатного вторичного гипогонадизма является формирование вторичных половых признаков, увеличения пениса и органов мошонки, мужского строения тела, дифференциации скелета, а в дальнейшем (по показаниям) — назначения поддерживающей гормональной терапии для обеспечения половой функции и терапии, направленной на улучшение репродуктивной функции. Вопросам состояния функционирования предстательной железы (ПЖ) и репродуктивной функции (РФ) у этой группы пациентов уделяется недостаточное внимание.

Нами проведен анализ состояния ПЖ и РФ у 25 пациентов в возрасте от 17 до 21 года, получивших комплексную медикаментозную терапию по поводу ГГ. Пациентам провели комплексное обследование: УЗИ почек, мочевых путей, ПЖ, органов мошонки; спермограмма; гормональные исследования крови (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, общий и свободный тестостерон). У всех пациентов отметили олигоастенозооспермию, в 65% случаев — лейкоцитоспермию,

снижение количества лецитиновых зерен, снижение показателей фертильности Фарриса.

ПЖ продуцирует около 30% семенной жидкости, обеспечивающей жизнеспособность сперматозоидов, их транспорт и оплодотворяющую способность. В этой связи можно предположить, что изменения секреторной активности железы могут нарушить способность сперматозоидов к оплодотворению.

В настоящее время имеется достаточное количество работ, посвященных роли антиоксидантов в восстановлении мужской фертильности. Известно, что различные антиоксиданты являются системой обороны, которая включает ферментативные и неферментативные механизмы защиты. Роль антиоксидантов семенной плазмы — защита от активных форм кислорода, сдерживание их концентрации в нормальном физиологическом диапазоне.

Как известно, общая антиоксидантная мощность спермы у пациентов с лейкоцитоспермией и простатитом снижена, поэтому дефицит антиоксидантной системы может компенсироваться различными антиоксидантными комплексами.