

зміщення тромбу нижче діафрагми. Екстракорпоральний кровообіг не використовували в жодному з випадків. Середня довжина атріальної частини пухлини становила  $19,0 \pm 8,7$  мм (від 10 до 35 мм), а ширина –  $13,6 \pm 6,5$  мм (від 10 до 30 мм).

**Результати.** Зовнішнє пальцеве зміщення верхівки тромбу нижче діафрагми було успішно виконано у всіх хворих. Пухлинні тромби з довжиною атріальної частини до 1,5 см були видалені з екстраперикардіального доступу. Для евакуації тромбів з великої атріальної частини (3,0 см і більше) був необхідний трансперикардіальний підхід. Специфічних ускладнень, пов'язаних з доступом до правого передсердя з боку че-

ревної порожнини, зафіксовано не було. Обсяг інтраопераційної крововтрати варіював від 2500 до 5600 мл і становив у середньому  $3220 \pm 1342,4$  мл.

**Висновок.** Результати нашої роботи продемонстрували здійсненність і безпеку трансплантативної методики тромбектомії без використання штучного кровообігу при пухлинних тромбах правого передсердя. За допомогою цієї хірургічної техніки можливе видалення великих атріальних тромбів. Найбільш важливими параметрами для прийняття рішення про використання даного хірургічного методу є вільна флоатація верхівки тромбу в просвіті передсердя і відсутність важкої серцевої недостатності у пацієнта.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БАГАТОРАЗОВИХ ТА ОДНОРАЗОВИХ ФІБРОСКОПІЧНИХ ЕНДОСКОПІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ КАМЕНЯМИ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

*С.О. Возіанов, В.В. Когут, Б.В. Джуран,  
А.І. Сагалевич, Ф.З. Гайсенюк, Г.Ю. Ошека*

**Вступ.** Гнучка пієлокаліколітотрипсія – добре відомий метод серед фахівців. З одного боку, метод привертає до себе увагу своєю низькою травматичністю та морбідністю втручання, а з іншого – стримує складністю виконання та високою вартістю.

**Матеріали та методи.** Використання гнучкої багаторазової ендоскопічної техніки в клініках кафедри урології НМАПО ім. П.Л. Шупика розпочато з 2010 року. За цей час було виконано декілька сотень фіброскопічних операцій. Із 2018 року в нашій клініці розпочато використання одноразових фіброскопів Pusep, Китай. Виконано на сьогодні 48 оперативних втручань.

**Результати.** На нашу думку, основною проблемою багаторазових гнучких ендоскопів є по-

треба в надзвичайно бережливому використанні, що є проблемою не лише в період оволодіння методикою, а і в клінічно складних випадках. Водночас, одноразові ендоскопи Pusep дозволяють комфортно виконувати ті завдання, які є в тактиці лікування хворого. Особливо слід зазначити високу якість ендоскопічного цифрового зображення, добру іригацію завдяки широкому робочому каналу, відсутність необхідності стерилізації, що суттєво впливає на кількість післяопераційних запальних ускладнень та розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції.

**Висновки.** На нашу думку, одноразові фіброскопічні ендоскопи Pusep мають чимало переваг, що дозволяє нам рекомендувати їх до використання та розглядати, як альтернативу багаторазовим гнучким ендоскопам.

## ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ В УРОЛОГІЇ. ВПРОВАДЖЕННЯ ТА 5 РОКІВ ДОСВІДУ

*С.О. Возіанов, В.В. Когут, Б.В. Джуран,  
А.І. Сагалевич, Ф.З. Гайсенюк, Г.Ю. Ошека*

**Вступ.** Впровадження лапароскопічних методів у хірургічну практику будь-якої спеціальності нині

є абсолютно логічним з огляду на загальносвітове прагнення до мініїнвазивності втручання.

**Матеріали та методи.** Відділення урології Київської міської клінічної лікарні № 6 на 60 ліжок є однією з баз кафедри урології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, де з 2013 року почалося впровадження лапароскопічних втручань у повсякденну лікарську практику. За період з 2013 до початку 2019 року було виконано 172 лапароскопічні операції.

**Результати та їх обговорення.** Результатом нашої шестирічної роботи стало впровадження основних видів лапароскопічних хірургічних втручань на органах сечової системи. Наявність сучасного медичного лапароскопічного обладнання та дотримання загальновідомого діалектичного принципу «від простого до складного», дозволило нам мінімізувати кількість

інтра- та післяопераційних ускладнень. Найбільш складними, за нашим досвідом, виявилися операції по резекції нирки з приводу пухлин. Обмежений час при проведенні резекції з тепловою ішемією, або інтенсивна кровотеча при «зеро» - ішемії вимагали від хірурга не аби якого самовладання та володіння технікою паренхіматозного шва.

**Висновки.** Поетапне оволодіння лапароскопічною хірургічною технікою є обов'язковим. Наявність фахівця з великим досвідом лапароскопічних втручань під час освоєння методики та достатня кількість профільних пацієнтів, адекватний їх відбір для оперативних втручань значно прискорює процес навчання та відбувається з мінімальним ризиком для здоров'я та життя хворого.

## ЛІХЕН СКЛЕРОЗУЮЧИЙ БАЛАНОПОСТИТ З ОБЛІТЕРАЦІЄЮ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ УРЕТРИ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

*Л.П. Саричев, Я.В. Саричев, Р.Б. Савченко*

*Українська медична стоматологічна академія*

Склерозуючий лишай вперше описаний А. Stuhmer у 1928 році як ксеротичний (з грецького *xeros* – сухий) або ліхен склерозуючий баланопостит. Поширеність складає близько 1,4/1000 у обох статей.

Етіопатогенез залишається спірним, хоча фактори генетичного, аутоімунного та інфекційного характеру (вірус папіломи людини, Епштейна-Барра, оперізуючий лишай та інші) сприймаються багатьма науковцями.

Проявляється змінами голівки статевого члена і крайньої плоті у вигляді білих чи рожевих плям. З часом призводить до рубцевого фімозу у вигляді сірого кільця з поширенням на дистальний відділ уретри. У гістологічній картині превалює атрофія, дегенерація клітин та лімфоцитарна інфільтрація базального шару епідерміса з гіперкератозом епітелія. До ускладнень відносять стеноз дистального відділу уретри, порушення копулятивної функції і плоскоклітинний рак статевого члена.

Медикаментозне лікування включає призначення кортикостероїдів. Хірургічне лікування показано при неефективності терапії кортикостероїдами, прогресуючому фімозі, меатальному стенозі, стриктурі уретри, у випадках карциноми *in situ* та плоскоклітинного раку.

Наводимо клінічне спостереження: Висічення рубцевої тканини голівки, тіла статевого члена і облітерованої уретри з булакальною пластикою дистального відділу уретри.

Хворий П., 61 рік, госпіталізований зі скаргами на ущільнення шкіри у дистальному відділі і голівці статевого члена, сечовипускання тонкою цівкою, впродовж останньої доби краплинами. Хворіє впродовж 3 років. Близько року тому переніс операцію – кругове обрізання з приводу рубцевого фімозу. Впродовж останніх трьох місяців відмічає уповільнення току сечі.

При огляді голівка і шкіра статевого члена на відстані 3,5 см від вінцевої борозни є суцільною хрящоподібною рубцевою тканиною. світло-сірого кольору товщиною до 10 мм. Меатус замуруваний у рубцевій тканині, не пропускає кінчик «пуговчатого» зонду. При мікційній уретрографії дистальний відділ уретри візуалізується у вигляді тонкої смужки довжиною 30 мм і шириною 1 мм.

Під місцевою анестезією розчином лідокаїну 1%-вого – 10 мл, в який додано 0,1 мл адреналіну гідрохлориду, взятий фрагмент слизової щоби 25x40 мм.

Під спінальною анестезією циркулярним розтином висічені рубцеві тканини тіла та го-