

большинстве случаев они были связаны с тяжелыми рубцовыми и воспалительными изменениями в забрюшинном пространстве после предшествующих неоднократных операций и заключались в повреждении почечных сосудов при мобилизации лоханки. Данное осложнение отмечалось только у пациентов первой группы. В обоих случаях дефекты сосудов были успешно ушиты проленовыми швами.

Суммарный уровень ранних послеоперационных осложнений был небольшой (23,1%). К тому же, они не являлись тяжелыми, разрешались консервативно и не требовали хирургической коррекции. Частота послеоперационных осложнений достоверно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Наиболее частой проблемой было обострение пиелонефрита. Подтекание мочи

из раны имело место у 3 из 26 (11,5%) пациентов и купировалось самостоятельно в среднем через 14 суток.

Общее число позитивных отдаленных результатов (хороший + удовлетворительный результат) составило 96,2%. Один плохой результат был зафиксирован у пациента первой группы с протяженностью стриктуры 9,0 см.

Выводы. Хирургическая коррекция верхней трети мочеточника тубулярным лоскутом лоханки является высокоэффективным и безопасным методом реконструкции верхних мочевых путей. Мы рекомендуем его использование не только у пациентов с протяженными стриктурами верхней трети мочеточника, но и у больных с гидронефрозом, связанным с уретеровазальным конфликтом.

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЙ БОАРІ – ЩО МАЄ ЗНАЧЕННЯ?

В.М. Демченко, Д.В. Щукін

*Харківський національний медичний університет
Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Складність відновлення пасажу сечі з верхніх сечових шляхів залежить від довжини та локалізації дефектів сечоводу. З описаних в літературі, ефективних оперативних способів корекції дефектів сечоводу найбільш поширеними є прямі уретероцистостомії, при необхідності доповнені *psaos hitch*. При протяжних дефектах сечоводу пропонуються більш складні варіанти реконструкції: трансуретероуретероанастомоз, операція Боарі та інші клаптеві методики, кишкову пластику або ауто-трансплантацію нирки. Кожний з наведених методів має певні суттєві ризики: втрата нирки, сепсис, неспроможність анастомозу, мікроцист та інші.

За останній час операцію Боарі почали використовувати для корекції подовжених дефектів сечоводу. Але об'єктивні результати такого підходу ще потребують вивчення.

В нашому випадку, ми для відновлення сечоводу до середньої та іноді до верхньої третини використовували техніку, яка декілька відрізнялась від класичної операції Боарі за рахунок мінімальної кількості швів для з'єднання кукси сечоводу та клаптиком сечового міхура та відсутність фіксації до поперекового м'язу. Вона включала мобілізацію верхівки та бокових стінок сечового міхура, об'єм мобілізації

залежав від довжини клаптика, що ми передбачаємо. При необхідності формування клаптика довжиною більш 5 см мобілізували протилежну та задню поверхні сечового міхура. Ширина дистальної вільної частини клаптика складала не менше 2,0 см, ширина фіксованої основи – не менше 4,0 см. Для антирефлюксного захисту, дистальній частині формували поздовжній підслизовий тунель довжиною не менше 1,0 см. Куксу стентованого сечоводу проводили через сформований тунель і фіксували, без натягу, одним вузлуватим швом до слизової оболонки сечового міхура. Після цього клаптик тубуляризовували та фіксували до адвентиції сечоводу двома, максимум чотирма швами. Далі ушивали сечовий міхур досягаючи герметизації з посліду-ючою його катетеризацією. Уретральний катетер видаляли через 2 тижні, а уретральний стент через 2 місяці з моменту операції.

Результати хірургічного лікування розділяли на: гарні – відсутність скарг та проявів обструкції при обстеженні, задовільна ниркова функція; задовільні – відсутність скарг та помірні прояви обструкції при обстеженні, задовільна ниркова функція; незадовільні – скарги на болі або дизурію, часті загострення пієлонефриту, прояви обструкції при обстеженні, погіршення ниркової функції.

При аналізі, загальна кількість позитивних віддалених післяопераційних результатів (гарний, задовільний результат) склало 91,5%. Таким чи-

ном мінімізація кількості швів при з'єднанні сечоводу та клаптика сечового міхура дає досить велику кількість позитивних результатів.

СУЧАСНА АПАРАТНА ФІЗІОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Л.І. Красилук, Ф.І. Костєв, О.В. Руденко

Одеський національний медичний університет

Актуальність проблеми хронічного простатиту (ХП) пов'язана із багатофакторністю етіопатогенезу, зниженням якості життя, психологічним дискомфортом, що відчувають чоловіки у зв'язку із цим захворюванням. В Україні хронічний простатит зустрічається в 19% чоловіків молодого віку, досягаючи 90% у чоловіків старших вікових категорій. В 30% хворих молодого віку може розвинути передчасна або недостатня еякуляція, для виконання статевих актів ерекція, пригнічення статевих потягів, а при тривалому перебігу захворювання – еректильна дисфункція (ЕД).

Мета даного дослідження – оцінити ефективність низькодозової ударно-хвильової терапії (НУХТ) у комплексному лікуванні чоловіків з незапальною формою синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) (категорія ІІІВ по NIH) ускладненого еректильною дисфункцією.

Обстежено 27 пацієнтів з незапальною формою ХП/СХТБ, ускладненою еректильною дисфункцією, у віці від 28 до 45 років (середній вік склав – $34,28 \pm 6,81$ року). Тривалість захворювання становила не менш 6 місяців. Обстеження включало: анкетування за шкалою симптомів ХП (NIH-CPSI); Міжнародний індекс еректильної функції (МІЕФ-5); Міжнародна система сумарної оцінки захворювань передміхурової залози (IPSS); пальцеве ректальне дослідження (ПРД); мікроскопічне й бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози; визначення рівня загального тестостерону (Т) у плазмі крові, рівня загального ПСА крові; трансректальне ультразвукове дослідження передміхурової залози (ТРУЗД). Терапія ХП/СХТБ у перебігу одного місяця включала: нестероїдні протизапальні препарати, альфа-адреноблокатори, антидепресанти або протиепілептичні препарати в стандартних дозуваннях і схемах прийому.

Аналіз результатів лікування показав наступне розходження показників у групах. Так, сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 19,07% й 62,88% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Сума балів за даними опитувача МІЕФ-5 після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи збільшилася на 24,54% й 35,79% у порівнянні з вихідними показниками. IPSS після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 10,26% й 43,89% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Обсяг передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 17,82% й 31,47% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Показники рівня загального тестостерону в першій групі вірогідно не змінилися. У другій групі пацієнтів сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування зменшилися на 15,16% й 42,83% відповідно в порівнянні з попередніми показниками. Сума балів за даними опитувача МІЕФ-5 після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів другої групи збільшилася на 9,32% й 6,37% у порівнянні з вихідними показниками. IPSS після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів другої групи зменшилися на 18,68% й 27,21% відповідно в порівнянні з попередніми даними. У пацієнтів другої групи об'єм передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування зменшився на 9,92% й 14,49%. Показники рівня загального тестостерону у хворих другої групи вірогідно не змінилися.

Таким чином, через 2 місяці лікування в пацієнтів обох груп прояви больового синдрому