

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

есть отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ № 3), куда и поступают данные пациенты. Разработаны схемы лечения таких пациентов, что заслуживает особого внимания. Все 19 больных с клиникой бактериемического шока поступали в ОАИТ № 3, где получали интенсивную терапию. Летальных исходов не было.

Выводы

1. Купированная «почечная колика» — не повод для прекращения интенсивного наблюдения за больным.

2. Необходимо доказать, что мы не имеем случая острой застойной почки. В этой ситуации может помочь неинвазивный метод — ультра-

звуковое исследование с использованием доплеровского эффекта, которое может четко отразить состояние кровотока в страдающей почке и пассаж мочи по мочеточнику.

3. Назначая литокинетическую терапию, не назначать антибиотики, т.к. они будут неэффективны и могут стать источником септицемии, что может повлечь бактериемический шок.

4. Если назначенная терапия будет неэффективна в 3–5 суток, мы считаем, что следует использовать стентирование или пункционную нефростомию, давая «обходной путь» для восстановления пассажа мочи.

ОБЛИТЕРАЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧНОЙ УРЕТЕРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОГО КАМНЯ МОЧЕТОЧНИКА И СУЖЕННОГО ПРОСВЕТА МОЧЕТОЧНИКА НА ФОНЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ

*Э.А.Светличный², А.М.Фридберг^{1,2}, Д.И.Люлька²,
А.А.Можейко², Н.Н.Моисеенко¹*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

Несмотря на то, что мочекаменная болезнь, гипотетически не является «урологическим заболеванием», она продолжает занимать ведущее место среди причин госпитализации в урологические стационары (А.В. Люлька и соавт., 2010; В.П. Стусь и соавт., 2013, 2015). С каждым годом количество пациентов, страдающих камнями мочевыделительных органов, прогрессивно возрастает. Возможно, еще не пришло то время, когда медицинский мир сможет решать проблемы этой болезни на этапе не образования камня. Но сегодня наша задача — показать современные способы борьбы с осложнениями.

Бурное развитие хирургического лечения мочекаменной болезни началось с середины XIX века. Но настоящей революцией стало использование открытых в начале XX века рентгеновских лучей для диагностики мочевых камней. Было разработано и внедрено множество методов и оперативных доступов к камням при различной их локализации и размерах. Но уже тогда было отмечено явное несоответствие больших оперативных доступов и незначительных размеров удаляемых камней. В урологии, как ни в какой другой специальности, находила свое

подтверждение поговорка «Большой хирург — большой разрез».

Начиная с 1993 г., в клинике урологии Днепропетровска была внедрена уретеролитоэкстракция «вслепую», используя экстракторы Пашковского или Клепикова. В 2006 г. в нашей клинике была создана «модульная операционная», которая позволила решать проблемы камней мочеточников, используя уретерореноскопию или УРС.

С этого момента мы осваивали УРС + КЛТ + экстракцию фрагментов, до сегодняшнего дня выполнено данное вмешательство у 2430 пациентов.

Перечень осложнений, с которыми мы сталкивались:

- Перфорация стенки мочеточника.
- Надрыв (скарификация) слизистой мочеточника.
- Рассечение устья мочеточника верхним краем тубуса уретерореноскопа.

Все эти осложнения возникали при форсированных действиях оператора.

По мере того, как мы набирались опыта, осложнений становилось все меньше и меньше,

пока они не исчезли в нашей работе и сегодня встречаются как казуистика.

Хотим поделиться одним своим наблюдением, когда к нам поступил пациент 40 лет с мочекаменной болезнью, камнем тазового отдела левого мочеточника и функционирующей пункционной нефростомой. Пациенту в санатории была попытка выполнить лазерную контактную литотрипсию, но не удалось провести уретерореноскоп к камню из-за отека слизистой. Также не удалось провести струну и стентировать мочеточник. Учитывая уретерогидро-нефроз слева и начавшуюся лихорадку, ему выполнили пункционную нефростому. К нам он поступил через 1 месяц с хорошо функционирующей нефростомой, за сутки отходило до 1 литра мочи. При антеградной пиелографии контрастное вещество выполняло полостную систему, а в мочеточник не поступало. Больному планово выполнена уретерореноскопия, уретероскоп удалось провести по струне на 3 см, где был обнаружен белесый рубец. При рентгено-скопии тень камня была на 2 см выше рубца. Попытка провести уретероскоп антеградно успеха не имела. Учитывая облитерацию мочеточника, было принято решение выполнить уретеролитотомию и прямую уретеронеоцистостомию слева, что и было выполнено. При выделении мочеточника ниже камня выявлен фиброзный

тяж. С нашей точки зрения, облитерация произошла в результате отсутствия «обтекания» мочи по просвету мочеточника.

Выводы

1. К выполнению уретерореноскопии следует допускать исключительно опытных урологов.

2. При выполнении уретерореноскопии движения должны быть выверенными и никаких форсированных движений, продвигать эндоскоп необходимо плавно и всегда помнить, что мочеточник — это легко ранимый орган.

3. Оптическая среда должна быть абсолютно прозрачной. Для проведения эндоскопа, несмотря на опытность уролога, следует использовать специальные проводниковые струны, которые проводят в пределах поля видимости.

4. В тех случаях, когда допущена скарификация слизистой или выражен воспалительный процесс в слизистой мочеточника, уретероскопию необходимо завершать стентированием.

5. Чем длительней камень находится в просвете мочеточника, тем выше показания к стентированию.

6. Если мочеточник не стентирован, то в течение трех суток уже может сформироваться стриктура, которая приведет к облитерации, а в последующем — к выполнению уретеронеоцистостомии.

ОСЛОЖНЕНИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ УРОЛОГИИ

*Э.А. Светличный¹, А.М. Фридберг^{1,2}, С.О. Косульников²,
К.В. Кравченко², С.А. Тарнопольский², Н.Н. Моисеенко¹*

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

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

За последние 20 лет урология, как специальность, стала активно развиваться. Появились новые способы и методики оперативных вмешательств при камнях почек и камнях мочеточников, «остро-застойной» почке.

Сложно определить дату и время зарождения малоинвазивной урологии. Так, исходно можно 1806 год считать началом малоинвазивной урологии, когда Боззини впервые создал аппарат «Lichtleiter» для исследования прямой кишки, шейки матки и уретры у женщин. А в 1941 г. Рюпель и Бровн впервые выполнили чрескожную перкутанную нефроскопию.

В X веке нашей эры арабский врач Серапион впервые в мире, с помощью раскаленного металлического прута сформировал фистулу, а

затем из почки извлек мочевого камень. Его подвиг в 1663 году повторил французский врач Доменик де Мархети.

Конечно же, пальму фундаторов малоинвазивной урологии следует отдать Амплацу и Алькену (1982 г.), которые уже поставили на «поток» перкутанную нефроскопию. В их строю заслуженно должно упоминаться имя Викхама, который внедрил перкутанную нефроскопию и удаление мочевого камня из почки в 1987 г. В НИИ урологии России был создан отдел эндоскопической урологии и дистанционной литотрипсии, который возглавил В.Я. Симонов. В 1993 г. издана первая монография по малоинвазивной урологии (А.В. Морозов, А.Г. Мартов, В.М. Перельман, О.В. Теодорович).