

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

наж. Отделяемое скудное. По дренажу в рану введена мазь с повидон-йодом. Через сутки дренаж удален. При выписке контрольное УЗИ левой почки отмечается «легкая пиелозктазия», теней подозрительных на конкременты нет. Свищевое отверстие самостоятельно закрылось. При контрольном осмотре через месяц, после выписки, состояние удовлетворительное, жалоб нет. Мочится самостоятельно,

естественным путем. На месте фистулы тонкий белесый рубец. Кишечник функционирует хорошо, перистальтика активная, оправляется регулярно 1 раз в сутки. Кал оформленный, естественного цвета.

Таким образом, плановое и динамическое наблюдение за больным при малоинвазивном вмешательстве позволило избежать «открытого» оперативного вмешательства.

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕТОЧНИКА, А ВОЗМОЖЕН ЛИ ОН? ЭКСТРАВАЗАЦИЯ МОЧИ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ УРОДИНАМИКИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

А.М. Фридберг <sup>1,2</sup>, Э.А. Светличный <sup>2</sup>, Е.П. Украинаец <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

В 2003 г. была опубликована статья профессора А.В. Люлько (и соавт.) о патогенезе экстравазации мочи и пиелоренального рефлюкса в условиях острого и хронического нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Термин «экстравазация мочи» (экстра + vas (сосуд) — накопление серозно-геморрагического экссудата или небольшого количества крови около кровеносного сосуда) необходимо пересмотреть. Впервые на проникновение мочи за пределы чашечно-лоханочной системы на экскреторных урограммах при «почечной колике» обратил внимание F. Fuchs (1931). И с этого момента урологи очень часто отмечали при экскреторных исследованиях случаи экстравазации контрастного вещества за пределы полостной системы почки на фоне «почечной колики».

Возникновение такой специальности, как диапевтика, позволяет во многих случаях отказаться от старых оперативных способов лечения в урологической практике. В 1993 г. в монографии под редакцией А.В. Морозова «Диапевтика в урологии (чрескожная инструментальная)» впервые прозвучал тезис, что «жидкостное объемное образование» — обозначение патологического процесса, который характеризуется скоплением жидкого содержимого (гноя, крови, мочи, лимфы) в ограниченном пространстве, образовавшемся интра- или параренально. Являясь общепринятой характеристикой таких поражений, как киста, абсцесс, гематома, пионефроз и

пр., термин «жидкостное объемное образование» одновременно подразумевает, что по отношению к этим видам поражения может быть применено «катетерное» лечение — пункция, эвакуация содержимого, дренирование патологической полости, введение (при необходимости) антисептического или склерозирующего препарата.

Последние пять лет нами были выявлены множественные случаи, когда при «почечной колике» выполнялась литокинетическая терапия, на изгнание мочевого конкремента небольших размеров (от 3 мм до 5 мм) из мочеточника. Так называемое состояние, когда наши коллеги трактуют, как: «Камень мочеточника, с тенденцией к самоотхождению». В международной классификации такого диагноза нет. При этом клинически болевой синдром легко купируется, сохраняется нормотермия, общий анализ крови остается «спокойным», т. е., никаких признаков катастрофического процесса в течение 5–6 суток наблюдения.

Но нашими работами было показано, что в борьбу с «почечной коликой» включаются такие системы как ренин-ангиотензинная система, для усиления кровотока в микроциркуляторном русле почки и усиление диуретического эффекта. Но «обменное звено» микроциркуляторного русла не переносит внутрисосудистого повышения давления. Капиллярная сеть разрушается, и в микроциркуляторное русло идет мощный выброс калликрейна (депрессорный фак-

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 показателях 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. Стусь<sup>1</sup>, А.Л. Суварян<sup>1, 2</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> 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-