

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

(вторичного) фимоза. Независимо от этого, он бывает: рубцовый (атрофический) — на крайней плоти образуется множество рубцов; гипертрофический — наблюдается избыток кожи, мешающий открыть головку. Рубцовый (атрофический) фимоз характеризуется истончением крайней плоти, уменьшением эластичности кожи и появлением рубцов (белесого окраса). Возникает из-за травм (попыток оголить головку) или инфекционных воспалений. Во втором случае появляется отек крайней плоти. Кожа надрывается, и на месте ранок постепенно возникают рубцы. Данный вид проблемы лечится без операции только при условии отсутствия осложнений. Гипертрофический фимоз — покрытие головки полового члена избыточным количеством кожи, сужающимся на конце. Часто наблюдается у детей с лишним весом. Жировая клетчатка скапливается в области живота и лобка, удлиняя крайнюю плоть. В препуциальную область попадают микробы, которые размножаются в смазке и приводят к воспалению.

Мы являемся приверженцами консервативного устранения фимоза. В районе обслуживания КУ «Д ГБ №12» ДГС проводится тщательный осмотр мальчиков от рождения и до 18 лет с целью выявления андрологических заболеваний. Мы проанализировали 755 случаев фимоза у мальчиков с рождения и до 10-летнего возраста. В 730 (96,7%) случаях нам удалось консервативными мероприятиями устранить фимоз. В

25 случаях с явлениями рубцового фимоза и короткой уздечки выполнено круговое иссечение крайней плоти и френулопластика. Устранение сращений между внутренним листком крайней плоти и головкой полового члена производили под местной анестезией Инстиллагелем, Катеджелем и Эмлой. Эффект анестезии наступал с экспозицией 20–25 минут. Манипуляции производились в операционной поликлиники при помощи сосудистых зажимов и желобоватого зонда. В дальнейшем 7–10 дней мальчикам выполняли ванночки полового члена с настоем череды и коры дуба после каждого мочеиспускания при температуре раствора 38 °. В течение нескольких дней явления баланопостита исчезали. Крайняя плоть становилась эластичной, нежной, легко растяжимой.

При сочетании фимоза и короткой уздечки после психотерапевтической подготовки мальчикам в 7–8 лет под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина выполнялась френулотомия с френулопластикой. У 50 детей в возрасте до 1 года произведено устранение фимоза в связи с гнойным баланопоститом. Консервативное устранение фимоза у детей оправдано с точки зрения физиологии развития полового члена. Положительный эффект при консервативном устранении фимоза получен в 95,3% случаев, что позволяет нам рекомендовать данный метод лечения для широкого внедрения в клиническую практику.

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

*И.М. Русинко¹, Е.А. Квятковский², В.В. Коштура³,
В.Н. Корягин⁴, Е.П. Украинец⁵, В.Н. Краснов⁵*

¹ КУ «Днепро́вская ГБ № 12»

² КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

³ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁴ КУ «Днепро́вская ГП № 4»

⁵ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Доброкачественные опухолевидные образования уретры у женщин обычно возникают на слизистой у наружного отверстия уретры и часто наблюдаются в постменопаузе, что связывают с нарушением гормонального баланса — дефицитом эстрогенов и с хроническими воспалительными заболеваниями мочевых путей инфекционной природы.

Изучение опухолей уретры, согласно сообщению К.Г. Вильгельм-Эллердта (1926), началось в начале XVIII века. Со времени введения эндоскопических методов исследования сообщения об опухолях уретры участились. В отечественной и зарубежной литературе имеется значительное количество сообщений, посвященных опухолям уретры, однако в каждой из них при-

водятся описания немногочисленных наблюдений. Опухоли уретры составляют около 4% всех новообразований мочеполовых органов, при этом доброкачественные опухоли встречаются чаще злокачественных (у женщин во много раз чаще, чем у мужчин). Объясняется это различиями в строении выстилки уретры у мужчин и у женщин, а также некоторыми половыми особенностями роста эпителиальных опухолей в этом органе.

Впервые доброкачественные опухоли уретры у женщин были описаны G.В. Morgagni (1719), W.В. Clarke (1814). До настоящего времени причины образования доброкачественных опухолей уретры у женщин окончательно не выяснены. Определенную роль играют длительно текущие гинекологические заболевания, в частности воспалительные процессы, которые постоянно поддерживают раздражение наружных половых органов и уретры, расстройства кровообращения в малом тазу, гормональные нарушения. Роль их в возникновении новообразований уретры несомненна, так как в климактерическом периоде создаются благоприятные условия для развития неопластических процессов. Доброкачественные опухоли уретры растут медленно. В большинстве случаев они вызывают ощущение зуда и жжение в уретре, неприятные ощущения во время акта мочеиспускания и после него, иногда могут давать клинику инфравезикальной обструкции. В случае присоединения инфекции пациенток беспокоят режущие боли в уретре и частые позывы на мочеиспускание. Дизурия проявляется в виде императивных позывов, отклонения или раздвоения струи мочи. Иногда бывает затрудненное мочеиспускание, недержание мочи.

Большинство доброкачественных опухолей уретры склонно к кровотечениям, которые могут быть как незначительные, так и обильные, а порой очень упорными и длительными.

Предложено несколько классификаций доброкачественных опухолей уретры. Морфологическая классификация эпителиальных опухолей уретры (Н.М. Аничков):

Доброкачественные опухоли:

I. Полип.

1. Фиброзный:

а) с очаговой или диффузной переходноклеточной дифференцировкой эпителия;

б) с плоскоклеточной или многослойно-многорядной выстилкой.

2. Железистый:

а) исключая переходноклеточные структуры;

б) с эпителиальными структурами многослойно-многорядного, простатического и другого типа.

II. Полипообразная кистознорасширенная пара- или периуретральная железа.

III. Папиллома.

1. Полоскоклеточная.

2. Переходно-клеточная.

3. Выстланная многорядно-многослойным эпителием.

Злокачественные опухоли:

I. Рак.

1. Плоскоклеточный.

2. Переходно-клеточный.

3. Железистый.

4. Анапластический.

II. Редкие опухоли (карциноид, меланома).

Все доброкачественные опухоли уретры принято делить на эпителиальные (уретральные), берущие начало из слизистой мочеиспускательного канала и ее желез, и неэпителиальные (парауретральные), обычно исходящие из мышечных и соединительнотканых волокон. Встречаются также ангиомы и кисты.

Папилломы уретры – сосочковидные одиночные или множественные образования, возвышающиеся над слизистой оболочкой. Различают плоскоклеточные, переходноклеточные и выстланные многорядным многослойным эпителием папилломатозные опухоли уретры. Папилломы имеют широкое основание и размеры – до 0,5–1 см. Поверхность папиллом гладкая, консистенция мягкая, форма – округлая или продолговатая, цвет – от серовато-белого до розового или темно-красного. При образовании конгломератов папилломы напоминают бородавки с множеством зернистых или ворсинчатых выростов. Папилломы уретры располагаются преимущественно в области наружного отверстия мочевого канала, на его задней стенке и растут в дистальном или проксимальном направлении.

Полип уретры – мягкая васкуляризованная опухоль уретры на ножке, покрытая плоским эпителием, но в последние годы практически все полипы уретры имеют широкое основание. Полипы имеют округлую или каплевидную форму, ярко-красный цвет, гладкую поверхность, иногда с участками изъязвления. Полипы располагаются проксимальнее или дистальнее наружного отверстия уретры и часто перекрывают просвет мочеиспускательного канала.

Разновидностью полипов уретры являются карункулы – небольшие опухоли на ножке ярко-красного цвета, мягкие по консистенции, с бороздчатой поверхностью. Из-за обильной васкуляризации карункулы склонны к кровоточивости; они располагаются на задней стенке возле наружного отверстия уретры.

Кондиломы уретры – разрастания конусовидной или сосцевидной формы, чаще располагающиеся кольцеобразно вокруг наружного отверстия уретры. По строению различаются бородавчатые и капиллярные кондиломы. Первые имеют беловато-серый или желтоватый цвет, широкое основание, плотную консистенцию. Второй тип кондилом отличается мягкой консистенцией, узким основанием, красным цветом. Капиллярные опухоли уретры легко кровоточат при контакте, часто сопровождаются выделениями, приводящими к мацерации и изъязвлениям слизистой.

Неэпителиальные опухоли уретры (фибромы, миомы, фибромиомы и др.) встречаются редко и обычно имеют смешанное строение. Их расположение – подслизистое между стенками уретры и влагалища, поверхность гладкая, размеры – от вишни до куриного яйца.

Ангиомы уретры – мелкие сосудистые опухоли синевато-красного цвета, локализующиеся близ наружного отверстия канала. Ангиомы легко травмируются и кровоточат.

Женская уретра по анатомо-гистологическому строению отличается от мужской. Она представляет собой короткую трубку длиной 3–5 см и имеет три отдела: проксимальный, средний и дистальный. Женская уретра в проксимальном отделе выстлана переходными и железистыми клетками, в среднем – преимущественно чешуйчатыми клетками, а в дистальном отделе – смешанными уротелиальными клетками, что и определяет локализацию доброкачественных опухолей уретры. Они чаще всего располагаются в области наружного отверстия уретры на ее задней стенке.

Клиническая картина характеризуется длительным течением и многообразием клинических симптомов. Основными жалобами у пациенток является чувство зуда и жжения в уретре, учащенное мочеиспускание, рези при нем. Папилломы и полипы уретры могут быть причиной затрудненного мочеиспускания вплоть до острой задержки или недержания мочи. У значительной части пациенток наблюдается контактное кровотечение. Могут быть кровянистые выделения из уретры, что заставляет пациентку обратиться к врачу.

У большинства пациенток имеется уретрит. Он выражается в гиперемии слизистой оболочки уретры, отека ее, грубой складчатости, серозно-гнойных выделениях. Особенно резко явление уретрита выражены в области опухоли. При цистоскопии у этих пациенток определяются воспалительные изменения со стороны сли-

зистой оболочки мочевого пузыря в 85–86% случаев.

Диагностика доброкачественных опухолей уретры в большинстве случаев не представляет затруднений. Ведущими методами диагностики являются: осмотр на кресле, пальпация, цистоскопия и уретроскопия.

Инфравезикальная обструкция, возникающая вследствие полипов уретры, сопровождающаяся длительно персистирующими циститами, нередко приводит к осложнениям – вторичным дивертикулам мочевого пузыря, уретерогидронефрозу, хроническому пиелонефриту. В последнее время, с целью выяснения уродинамики нижних мочевых путей и степени ее нарушения при полипах уретры, мы стали выполнять урофлоуметрию. Нами обследовано 76 женщин с полипами уретры в возрасте от 28 лет до 81 года (Т.А. Квятковская, Е.А. Квятковский, И.М. Русинко). Уродинамические исследования были выполнены с помощью урофлоуметра «Поток-К» (разработчик А.Е. Квятковский).

Большую роль играет морфологическое исследование опухолей. Основным методом лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является оперативное удаление опухоли в пределах здоровых тканей. В зависимости от величины и локализации новообразования производят циркулярную или клиновидную электрорезекцию уретры. Чтобы избежать стриктуры уретры, накладывают швы в поперечном направлении. Операцию производят в основном под местной анестезией или внутривенным наркозом с обязательным гистологическим исследованием.

Лечение доброкачественных опухолей уретры является важным звеном профилактики рака уретры у женщин. Важную роль играют профилактические осмотры женщин гинекологами и урологами, что способствует своевременному распознаванию новообразований уретры.

Мы провели анализ 800 историй болезни пациенток с доброкачественными опухолями уретры. Возраст пациенток от 18 до 84 лет. Большинство пациенток находились в климактерическом периоде. Всем им выполнена электрорезекция новообразований уретры. В последние 7 лет все доброкачественные опухоли уретры у женщин оперируем в условиях стационара под внутривенным наркозом. Удаление опухолей уретры, расположенных дистальнее наружного отверстия, выполняем трансуретрально через уретроскоп. Производим циркулярное или клиновидное иссечение опухолей уретры в пределах здоровых тканей. В послеоперационном периоде

устанавливаем постоянный катетер Фолея через уретру в мочевого пузыря на 4 суток.

Гистологически у 25 пациенток получена плоскоклеточная папиллома уретры, у 47 – каринкул, у 728 – полип уретры с участками хронического воспаления. В послеоперационном периоде пациенткам были назначены ванночки с настоем череды, коры дуба сроком до 7–10 дней, 4–5 раз в сутки, анальгетики, антибиотики. Контрольные осмотры на кресле через день после операции, на 7-е, 21-е, 30-е сутки. Затем через 1, 3, 6, 9 месяцев с целью исключения рецидива опухоли. У 48 (6,8%) пациенток выполнена повторная электрорезекция в связи с

рецидивом полипа уретры. Все доброкачественные образования уретры находились на широком основании. В конце каждой операции проводилась инструментальная проверка проходимости уретры.

Как показывает наш опыт, лучшим методом оперативного лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является электрорезекция новообразований с обязательным дренированием мочевого пузыря через уретру катетером Фолея на 3–4 суток. С целью раннего выявления доброкачественных образований уретры показан профилактический осмотр всех пациенток на кресле у гинеколога и уролога.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАТЕСТИКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³,
В.Н. Корягин⁴, Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов¹*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ №12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская ГП №4»

Экстратекулярные опухоли, к которым относятся опухоли семенного канатика, оболочек яичка и придатка яичка, являются редкостью. Почти половина случаев этих опухолей составляют экстратекулярные липомы (ЭЛ), которые в 95% случаев локализуются в оболочках паховой части семенного канатика. Случаи ЭЛ оболочек яичка и придатка яичка относятся к казуистичным. ЭЛ оболочек семенного канатика по происхождению подразделяются на истинные и ложные (отшнурованные).

Истинные ЭЛ семенного канатика не сообщаются с забрюшинной клетчаткой, рассматриваются как врожденные депозиты жировой ткани в слепом влагалищном отростке брюшины (*processus vaginalis peritonei Halleri*) и встречаются крайне редко: в 0,6–8,0% всех опухолевых заболеваний семенного канатика. Ложные ЭЛ семенного канатика рассматриваются как приобретенные жиросодержащие косые паховые грыжи внебрюшинной клетчатки (*textus cellulosis extraperitonealis*).

Клинических и патоморфологических различий между истинными и ложными ЭЛ не существует. Дифференциальная диагностика этих

видов ЭЛ осуществляется интраоперационно, обычно во время паховой герниотомии.

ЭЛ встречаются в любом возрасте (несколько чаще в возрасте 40–60 лет), обычно в виде солитарных новообразований или значительно реже – в сочетании с множественным липоматозом подкожной жировой клетчатки (системным наследственным эндокринным заболеванием, известным как болезнь Деркума).

При макроскопическом изучении ЭЛ – это хорошо инкапсулированные мезенхимальные опухоли, разделенные соединительнотканными перегородками и представленные жировой желто-оранжевой тканью на разрезе.

Микроскопически ЭЛ состоят из зрелых адипоцитов, которые незначительно отличаются по размеру и форме от жировых клеток подкожной клетчатки. ЭЛ отличаются медленным экспансивным ростом и, как правило, не трансформируются в липосаркомы.

За 10-летний период (с 2007 по 2017 г.) мы наблюдали 13 случаев ЭЛ плюс 1 случай изолированного туберкулеза семенного канатика (описанный нами в более ранних публикациях) и 4 случая – сочетание ЭЛ с пахово-