

Использование ФУРС наиболее оправдано у пациентов с камнями размерами менее 1 см и плотностью более 1000 НУ, а также с камнями любой плотности при размерах камней до 27 мм. У пациентов с камнями размерами от 17 до 27 мм мини ПНЛ является конкурентом ФУРС.

При размерах камней 27–30 мм мини ПНЛ является методом выбора. Использование данных методов у больных с камнями размерами более 30 мм приводит к неоправданному возрастанию длительности операции и росту частоты осложнений.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

*Ю.В. Роцин, С.П. Форостина, И.М. Комисаренко,
И.О. Генбач, Н.В. Ксенз*

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. Несмотря на множество внедренных новейших технологий в современную пластическую и реконструктивную хирургию, лечение протяженных стриктур уретры остается достаточно сложной проблемой и является поводом для дальнейших обсуждений и исследований данной проблемы. В настоящее время сформированы основные понятия по поводу выбора техники операции, в которых несколько основных принципов, выполнение анастомотической пластики при коротких стриктурах и заместительной пластики при протяженных поражениях. На сегодняшний день для выполнения аугментационной и заместительной пластики уретры чаще всего используется «графт» из слизистой щеки. Это обусловлено собственно строением, хорошей растяжимостью, адаптивной способностью к жидкой среде и устойчивостью к гипоксии.

Материалы и выводы. В клинике урологии на базе городской больницы № 2, урологического отделения г. Краматорска за период с 2016 по 2019 год было выполнено 37 открытых операций по поводу протяженных стриктур уретры. Первая группа – это анастомотические уретропластики (20 пациентов), вторая группа – увеличительная пластика (13 пациентов), третья группа – наложение перинеостомы (4 пациента). Возраст пациентов составил от 32 до 78 лет. Протяженность поражения уретры варьировала от 1 см до 15 см. Наиболее часто стриктура локализовалась в бульбозном отделе уретры. У 13 пациентов был ранее дренирован мочевой пузырь и самостоятельное мочеиспускание отсутствовало. Среднее Q_{max} составило 4,45 мл/с (за исключением пациентов с наличием цистостомического дренажа). В 25 случаях имелись в анамнезе одно или несколько оперативных вмеша-

тельств в объеме ВОУТ, а также бужирование уретры. Наиболее часты причины, приведшие к образованию структуры, – это травма, ятрогенные факторы, воспалительные процессы промежности и малого таза.

Для определения продолжительности стриктуры уретры и выработки тактики лечения всем пациентам предварительно выполнялась урофлоуметрия с определением остаточной мочи, микционная и (при наличии цистостомического дренажа) встречная уретрография, уретроскопия. Критерием удовлетворительного результата считалось $Q_{max} \geq 15$ мл/с (согласно литературным данным).

Результаты. Нами проанализированы 13 случаев открытых хирургических вмешательств на уретре с применением буккального лоскута. Среди оперативных вмешательств были применены следующие методики: увеличивающая пластика по методике Kulkarni – 4 случая, в 2 случаях применена методика Kulkarni в комбинации с анастомозом, методика ASOPA – 3 случая, в 2 случаях применялась задняя аугментация, в 2 случаях выполнялась анастомотическая пластика уретры с применением задней аугментации с целью снижения натяжения. Срок наблюдения составлял от 3 до 15 месяцев. Большинство операций проводились из промежностного доступа, в одном случае при выполнении пластики по методике ASOPA доступ осуществлялся по срединному шву полового члена. В 12 (92%) случаях результат считался удовлетворительным, Q_{max} составил от 17 до 29 мл/с. В одном случае 8% Q_{max} составил 7,1 мл/с, у пациента после пластики ASOPA в проксимальной части фиксации лоскута, послеоперационно имелась короткая стриктура, что потребовало повторного вмешательства. Среди прочих осложнений выра-

женная девиация полового члена в вентральной плоскости отмечена в одном случае 8% после операции ASOPA, что потребовало хирургической коррекции. Незначительная девиация полового члена отмечена у 8 пациентов (61%), в сторону хирургической коррекции менее 15°, дополнительного лечения не требовало.

Выводы. Уретропластика с применением буккального лоскута имеет удовлетворительные результаты вне зависимости от локализации и длины поражения, сопоставимые с другими методами хирургического лечения и может быть использована у пациентов с продолжительными стриктурами уретры.

КОНТАКТНА ЛІТОТРИПСІЯ КАМЕНІВ СЕЧОВОГО МІХУРА В ГАЗОВОМУ СЕРЕДОВИЩІ

*Ю.В. Роцин, С.П. Форостина, І.М. Комісаренко,
О.І. Юдін, Н.В. Ксьонз, І.О. Генбач*

Донецький національний медичний університет

Вступ. Конкременти сечового міхура складають 7% від загального спектра хворих з каменями сечовивідної системи. Найкращим, і часто застосовуваним, методом лікування є контактна літотрипсія. Однак, незважаючи на переваги ендоскопічної методики, існують особливості, які значно ускладнюють її виконання. Серед них – підвищена гіпермобільність конкрементів і, особливо, дрібних його фракцій, обумовлена фізіологічними властивостями рідини, а також погіршенням візуалізації, яка пов'язана з гематурією.

Мета роботи: оцінити можливість застосування вуглекислого газу (CO₂) для створення оптичного середовища під час проведення контактної цистолітотрипсії, вивчити ефективність і безпеку даної методики та можливості її застосування у хворих з каменями сечового міхура.

Матеріали та методи. У клініці урології ДНМУ за період з 2016 до 2018 року проведено лікування 26 пацієнтів з каменями сечового міхура віком від 25 до 72 років. З них 24 особи були чоловічої статі й 2 – жіночої. До першої групи увійшли 18 пацієнтів, яким цистолітотрипсія виконана в рідинному середовищі, а до другої – 8 пацієнтів, де операція проводилася із застосуванням газового середовища.

Операцію виконували з використанням нефроскопа 24 см., відеоендоскопічної стійки, лапароскопічного інсуфлятора, евакуатора Еліка, набору стандартних грасперів, вуглекислого газу, контактного літотриптора EMS Swiss LithoClast Master та зонда для пневматичної літотрипсії.

Критерії оцінки. Маса витягнутих фрагментів, час літотрипсії, інтраопераційна візуалі-

зація та фактори, які впливають на неї, мобільність конкременту і його фрагментів, зручність фіксації зонда на фрагменті, наявність післяопераційних ускладнень та час перебування пацієнта у післяопераційному ліжку.

Результати. У пацієнтів з розміром конкрементів до 10–18 мм і масою до 10 г достовірних відмінностей в часі операції, кількості ускладнень і термінів госпіталізації (3±1,3 дня) виявлено не було. У пацієнтів з розмірами конкрементів 3–5 см і масою від 50 до 100 г виявлена суттєва різниця в часі літотрипсії: середній час літотрипсії в 2-й групі склав 65±15хв, а в 1-й групі з іригаційною рідиною – 120±24 хв. Виявлено значну перевагу в візуалізації за рахунок відсутності впливу геморагії на оптичне середовище, відсутність значимої міграції осколків конкременту. У післяопераційному періоді кількість запальних ускладнень однакова в обох групах. Середній ліжко-день склав 2,4±1,3 дня в 2-й групі, тоді як у 1-й групі в 1,58 рази довше (3,8±1,1 дня).

Висновки. У результаті проведеного дослідження ми прийшли до висновку, що при використанні газового середовища для візуалізації при літотрипсії конкрементів сечового міхура є безпечним і має ряд переваг, особливо при дробленні конкрементів великих розмірів (більше 3 см):

– це значне зменшення рухливості фрагментів конкрементів при дробленні обумовлене властивостями газу;

– поліпшення візуалізації через відсутність промивної рідини й її помутніння при виникненні геморагії під час операції;

– значне скорочення часу проведення літотрипсії.