

**Матеріали та методи.** Відділення урології Київської міської клінічної лікарні № 6 на 60 ліжок є однією з баз кафедри урології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, де з 2013 року почалося впровадження лапароскопічних втручань у повсякденну лікарську практику. За період з 2013 до початку 2019 року було виконано 172 лапароскопічні операції.

**Результати та їх обговорення.** Результатом нашої шестирічної роботи стало впровадження основних видів лапароскопічних хірургічних втручань на органах сечової системи. Наявність сучасного медичного лапароскопічного обладнання та дотримання загальновідомого діагностичного принципу «від простого до складного», дозволило нам мінімізувати кількість

інтра- та післяопераційних ускладнень. Найбільш складними, за нашим досвідом, виявилися операції по резекції нирки з приводу пухлин. Обмежений час при проведенні резекції з теплою ішемією, або інтенсивна кровотеча при «зеро» - ішемії вимагали від хірурга не аби якого самовладання та володіння технікою паренхіматозного шва.

**Висновки.** Поетапне оволодіння лапароскопічною хірургічною технікою є обов'язковим. Наявність фахівця з великим досвідом лапароскопічних втручань під час освоєння методики та достатня кількість профільних пацієнтів, адекватний їх відбір для оперативних втручань значно прискорює процес навчання та відбувається з мінімальним ризиком для здоров'я та життя хворого.

## ЛІХЕН СКЛЕРОЗУЮЧИЙ БАЛАНОПОСТИТ З ОБЛІТЕРАЦІЄЮ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ УРЕТРИ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Л.П. Саричев, Я.В. Саричев, Р.Б. Савченко

Українська медична стоматологічна академія

Склерозуючий лишай вперше описаний A. Stuhmer у 1928 році як ксеротичний (з грецького *xeros* – сухий) або ліхен склерозуючий баланопостит. Поширеність складає близько 1,4/1000 у обох статей.

Етіопатогенез залишається спірним, хоча фактори генетичного, аутоімунного та інфекційного характеру (вірус папіломи людини, Епштейна-Барра, оперізуючий лишай та інші) сприймаються багатьма науковцями.

Проявляється змінами голівки статевого члена і крайньої плоті у вигляді білих чи рожевих плям. З часом призводить до рубцевого фімозу у вигляді сірого кільця з поширенням на дистальний відділ уретри. У гістологічній картині переважає атрофія, дегенерація клітин та лімфоцитарна інфільтрація базального шару епідерміса з гіперкератозом епітелія. До ускладнень відносять стеноз дистального відділу уретри, порушення копулятивної функції і плоскоклітинний рак статевого члена.

Медикаментозне лікування включає призначення кортикостероїдів. Хірургічне лікування показане при неефективності терапії кортикостероїдами, прогресуючому фімозу, меатальному стенозі, стриктурі уретри, у випадках карциноми *in situ* та плоскоклітинного раку.

Наводимо клінічне спостереження: Висичення рубцевої тканини голівки, тіла статевого члена і облітерованої уретри з bucalальною пластикою дистального відділу уретри.

Хворий П., 61 рік, госпіталізований зі скаргами на ущільнення шкіри у дистальному відділі і голівці статевого члена, сечовипускання тонкою цівкою, впродовж останньої доби краплинами. Хворіє впродовж 3 років. Близько року тому переніс операцію – кругове обрізання з приводу рубцевого фімозу. Впродовж останніх трьох місяців відмічає уповільнення току сечі.

При огляді голівка і шкіра статевого члена на відстані 3,5 см від вінцевої борозни є суцільною хрящоподібною рубцевою тканиною, світло-сірого кольору товщиною до 10 мм. Meatus замурований у рубцевій тканині, не пропускає кінчик «пуговчатого» зонду. При мікційній уретрографії дистальний відділ уретри візуалізується у вигляді тонкої смужки довжиною 30 мм і шириноро 1 mm.

Під місцевою анестезією розчином лідо-каїну 1%-вого – 10 мл, в який добавлено 0,1 мл адреналіну гідрохлориду, взятий фрагмент слизової щоки 25x40 mm.

Під спінальною анестезією циркулярним розтином висічені рубцеві тканини тіла та го-

лівки статевого члена, частково до губчастої тканини. По вентральній поверхні статевого члена розсічені тканини до облітерованої уретри. Залишок уретри у вигляді тонкої смужки висічений. На силіконовому катетері 20 F безперервним швом PDS 5/0 із фрагмента слизової щоки сформований дистальний відділ уретри, зшитий з незміненою уретрою вузловими швами PDS 5/0. Розтином віপерек на передній поверхні калитки у кореня статевого члена розсічена шкіра, утворений підшкірний тунель довжиною до 12 см та ширину до 6 см, у який переміщені скелетизовані голівка і частина тіла

статевого члена. Далі двома паралельними зигзагоподібними розтинами на калитці викроєна шкіра калитки, якою укриті голівка і тіло статевого члена. Напроти уретри утворений отвір діаметром до 1 см, зшитий вузловими швами PDS 5/0 із зовнішнім отвором уретри, що сформована із фрагмента слизової щоки. Шкіра калитки ушита з виконанням додаткових послаблюючих розтинів на калитці. Уретральний катетер видалений на 14-ту добу. Максимальна швидкість сечовипускання 18 мл/сек. Через 6 тижнів сечовипускання і копулятивна функція відновилися.

## ВПЛИВ СЕРЕДНЬОЇ ДОЛІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НА РЕЗУЛЬТАТИ ФОТОСЕЛЕКТИВНОЇ ВАПОРИЗАЦІЇ GREEN LIGHT ПРОТЯГОМ 4 РОКІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

C.B. Головко

Національний військово-медичний клінічний центр МО України

**Мета дослідження:** вивчити роль середньої долі (СД) на ускладнення та функціональні результати фотоселективної вапоризації (ФВП) ДГПЗ протягом 4 років спостереження.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективне вивчення результатів хірургічного лікування 148 чоловіків, яким була виконана ФВП та проводилось подальше післяопераційне спостереження протягом 48 місяців. 68 пацієнтів мали ДГПЗ із середньою долею, 80 – ДГПЗ без СД, вони були прооперовані впродовж 2011–2015 років. Оцінювали ускладнення та функціональні результати обох груп: покращення показників Міжнародної шкали простатичних симптомів IPSS, максимальної швидкості сечовипускання ( $Q_{max}$ ), якості життя (QoL) та PVR протягом 4 років спостереження. З метою визначення предикторів післяопераційної ефективності проведено логістичний регресійний аналіз.

**Результати.** Після перенесеної ФВП спостерігалось значне покращення показників IPSS, QoL,  $Q_{max}$  та об'єму залишкової сечі (PVR) в обох групах порівняння. Okрім того, під час 4-річного періоду спостереження виявлено зменшення показників простатспецифічного анти-

гену (PSA) та об'єму передміхурової залози. Протягом даного періоду спостереження у групі пацієнтів ДГПЗ із СД значно кращими були: покращення IPSS: в 6 місяців (11,4 проти 8,1 відповідно;  $p<0.05$ ), 12 місяців (14,8 проти 12,8 відповідно;  $p<0.05$ ), 24 місяці (14,8 проти 12,8 відповідно;  $p<0.05$ ) і 48 місяців (16,2 проти 14,6 відповідно;  $p<0.05$ ); покращення  $Q_{max}$  в 1 місяць (8,8 проти 6,1 відповідно;  $p<0.05$ ), 6 місяців (11,1 проти 7,7 відповідно;  $p<0.05$ ), 24 місяці (12,6 проти 9,1 відповідно;  $p<0.05$ ) і 48 місяців (11,9 проти 6,8 відповідно;  $p<0.05$ ) та нижчий ризик гострої затримки сечі в 1 місяць (8,1 проти 14,6% відповідно;  $p<0.05$ ) і 12 місяців (0 проти 4,6% відповідно;  $p<0.05$ ). Не було достовірної різниці ( $p>0.05$ ) обох груп через 6, 12, 24 місяці у таких показниках як: зниження об'єму залишкової сечі; ускладнення; середнє зниження ПСА; середнє зменшення об'єму ПЗ за даними УЗД.

**Висновок.** Фотоселективна вапоризація із застосуванням HPS лазера з потужністю 120 Вт є ефективною методикою лікування ДГПЗ. Протягом 4-річного спостереження пацієнти із середньою долею ДГПЗ мали кращу динаміку покращення функціональних результатів.