

**МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ
АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ,
м. Київ
13–15 червня 2019 р.**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧИЯ
СТАНДАРТНОЙ И МИНИ ПЕРКУТАННОЙ
НЕФРОЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОЛИТИАЗА**

*А.И. Сагалевиц, Р.В. Сергейчук, В.В. Ожогин, А.В. Храпчук,
М.В. Куценко, А.С. Возианов, Ю.В. Гонцов*

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика
Киевская областная клиническая больница*

Введение. Ставшая стандартом перкутанная нефролитотрипсия отвечает всем предъявляемым к ней требованиям и основательно вытеснила «открытые» оперативные вмешательства при нефролитиазе. В настоящее время широко обсуждается вопрос о сравнимой эффективности удаления камней почек с применением инструмента меньшего диаметра в сравнении со стандартной перкутанной нефролитотрипсией, что связано с желанием хирургов снизить число и степень интра- и послеоперационных осложнений на фоне повышения эффективности лечения нефролитиаза.

Цель исследования: объективная оценка клинической эффективности, безопасности и морбидности применения мини перкутанной нефролитотомии (мПНЛ) в сравнении со стандартной перкутанной нефролитотомией (ПНЛ).

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов 500 случаев стандартной ПНЛ (сПНЛ) на базе кафедры урологии Донецкого медицинского университета им. М. Горького (Донецкая ОКБ – ДОКТМО) за период 2011–2014 гг. (I группа) и проспективный анализ 500 мини ПНЛ (мПНЛ), выполненных на базе кафедры урологии НМАПО им. П.Л. Шупика (Киевская ОКБ) за период 2016–2019 гг. (II группа). Исследовались пациенты с солитарным, коралловидным и множественным нефролитиазом. Размеры конкрементов почки варьировали от 1,0 до 5,5 см. Количество перкутанных доступов, во время проведения ПНЛ, в обеих группах составило от 1 до 4. Для объективной оценки использовались результаты выполнения операций одним хирургом. Обе группы больных сравнивались по та-

ким характеристикам как частота избавления от камней (% stone free, SFR); интра- и послеоперационные осложнения длительность пребывания в стационаре.

Результаты. Применение стандартной ПНЛ и мПНЛ у больных с солитарными камнями и коралловидными камнями почек явились обоюдно высокоэффективным методом лечения. Однако использование мПНЛ показала более высокий процент SFR в сравнении со сПНЛ ($99,2 \pm 0,7\%$ и $93,3 \pm 1,3\%$, соответственно ($p < 0,05$)). При этом на результативность лечения влияет процент повторных операций (перкутанных нефролитотрипсий) у пациентов с резидуальными фрагментами (более 5 мм), где в I группе он составил $7,5 \pm 1,4\%$, а во II группе – $0,8 \pm 0,2\%$. Особое внимание уделяли «грозным» осложнениям: интраоперационное кровотечение (снижение гемоглобина более 30 Г/л) и послеоперационная «атака» пиелонефрита (гипертермия $\geq 38^\circ\text{C}$ более 2 суток), где эти данные в первой и второй группах составили: $14,4 \pm 1,7\%$ и $8,5 \pm 1,2\%$, соответственно. При этом в I группе интраоперационное кровотечение отмечено у $4,5 \pm 1,1\%$ пациентов, а послеоперационное обострение пиелонефрита у $11,2 \pm 1,5\%$. Эти данные оказались статистически меньше ($p < 0,05$) среди пациентов II группы: $1,2 \pm 0,3\%$ и $7,2 \pm 1,7\%$ и соответственно. При анализе результатов исследования отмечено и различие между I и II группой в средних послеоперационных сроках пребывания в стационаре, где данный показатель составил $7,2 \pm 2,4$ и $2,2 \pm 1,2$ дня, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. мПНЛ является безопасной и эффективной процедурой при лечении пациен-

тов с нефролитиазом. Несмотря на то, что меньший по диаметру доступ связан с более длительной продолжительностью операции и требует применения лазерных методик, мПНЛ имеет значимо меньшие послеоперационные сроки пребывания в стационаре, меньшую частоту ин-

тра- и послеоперационных осложнений и обладает большей эффективностью лечения в сравнении со стандартной ПНЛ. Учитывая вышесказанное, мини ПНЛ необходимо рекомендовать как метод выбора в лечении не только солитарных, но и коралловидных камней почек.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

И.В. Радьков, П.И. Ковалевская, А.И. Презов

УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Беларусь

Введение. Рост хронических инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, характеризующихся вялым, рецидивирующим течением, устойчивым к этиотропной терапии, представляет серьезную медицинскую проблему. Наиболее частым их проявлением является цистит, особенно у женщин в период менопаузы. Урогенитальные расстройства, или урогенитальная атрофия, в менопаузе — это комплекс вагинальных и мочевого симптомов, развитие которых является осложнением атрофических и дистрофических процессов в эстроген-зависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта: влагалище, мочевом пузыре, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Урогенитальные расстройства встречаются у 30% женщин в возрасте 55 лет и у 75% женщин, достигших возраста 70 лет. В основе развития урогенитальных расстройств в климактерическом периоде лежит дефицит половых гормонов, прежде всего эстрогенов. Уротелий, так же как и вагинальный эпителий, подвергается изменениям, связанным с возрастом и эстрогенным дефицитом. В результате слизистая оболочка влагалища истончается, пролиферативные процессы во влагалищном эпителии прекращаются, влагалищный pH повышается, продуцирование лактобацилл снижается. Лечение данной группы пациенток является сложной задачей и связано с устранением атрофических изменений не только в вагинальном эпителии, но и в уротелии. В этой связи нами проведено исследование эффективности комплексного лечения с местной заместительной гормональной терапией ЗГТ (Эстринорм 0,5 мг в свечах) 1-я группа и 2-я группа, контрольная, пациентки, получающие традиционную терапию.

Цель работы. Целью проведения данного исследования послужила оценка эффективности локальной ГЗТ и сложившаяся не однозначная ситуация во врачебной практике о локальном использовании ГЗТ у данной группы пациентов и о ГЗТ в целом.

Материалы и методы исследования. В исследование включались пациентки в постменопаузе различной длительности с симптомами вагинальной и цистоуретральной атрофии и рецидивирующими циститами. В исследование не включались женщины, имеющие: заболевания верхних мочевых путей (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, опухоли почек); опухоли мочевого пузыря; внутрипузырную обструкцию, вызванную органическими причинами; заболевания, приводящие к нарушению иннервации мочевого пузыря (сахарный диабет; энцефалопатии различной этиологии; заболевания позвоночного столба и спинного мозга; болезнь Альцгеймера; болезнь Паркинсона; нарушения мозгового кровообращения). До лечения и в конце третьего месяца терапии всем пациенткам, включенным в исследование, проводились: клинические анализы: общий анализ крови и общий анализ мочи; комплексное микробиологическое исследование мочи; определение интенсивности симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии (при наличии симптомов гиперактивного мочевого пузыря) по 5-балльной шкале D. Barlow; комплексное уродинамическое исследование, цистоскопия, осмотр гинеколога. В исследование были включены 30 пациенток в постменопаузе с симптомами вагинальной и цистоуретральной атрофии и рецидивирующими циститами. Возраст пациенток составил от 52 до 76 лет (средний возраст $62,8 \pm 5,7$ лет), длительность постмено-

паузы – от 6 до 28 лет (в среднем $15,03 \pm 6,1$ лет), длительность заболевания – от 1 до 6 лет. Число рецидивов колебалось от 3 до 8 эпизодов в год. В анамнезе все пациентки получали лечение антибиотиками. На момент обращения ни одна пациентка не получала гормональной терапии. Пациентки были разделены на 2 группы ($n=15$), сопоставимые по возрасту и клинической картине заболевания. Пациентки 1-й группы получали комплексную традиционную терапию с добавлением к ней локальной ЗГТ в виде суппозиторий Эстринорм 0,5 мг по 1 свече ежедневно в течение 15 дней, затем по 1 свече через 2 дня до 10 недель и в последующем по 1 св. 1 раз в неделю до 1 года. Пациентки 2-й группы получали обычное традиционное лечение. Эффективность терапии оценивалась к концу третьего месяца ее проведения по таким параметрам, как редукция симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии, уменьшение числа рецидивов циститов.

Результаты исследования. Пациентки методом случайной выборки были разделены на 2 группы по 15 человек, сопоставимые по возрасту и клиническому течению заболевания. Оценка возрастного статуса показала, что рецидивирующий цистит чаще всего регистрировался у пациенток старшей возрастной группы (>65 лет). У подавляющего большинства женщин ($n = 21$) длительность постменопаузы составила более 14 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 6 лет (в среднем $3,7 \pm 1,8$ лет), наибольшее количество больных ($n=17$) страдали им от 3 до 5 лет. Установлено, что число рецидивов возрастало с увеличением возраста и длительности менопаузы. До начала терапии все пациентки прошли осмотр на гинекологическом кресле, им была также проведена цистоскопия и влагалищное исследование. В результате у всех пациенток ($n = 30$) отмечались атрофические изменения малых половых губ и стенок влагалища (складчатость сглажена, слизистая бледная, истончена, местами с петехиальными кровоизлияниями). У 11 (36,7%) пациенток старше 65 лет определялся выворот слизистой уретры (эктропион), развитие которого связано с атрофией уретеля и подлежащих структур. У 40% женщин старше 65 лет слизистая влагалища имела багрово-синюшную окраску, блестящую поверхность, незначительно окрашивалась Люголем, местами определялось скопление ороговевших клеток. При цистоскопии имелась инъекция сосудов, гиперемия слизистой, наличие полипообразных разрастаний в области шейки мочевого пузыря. Оценка данных кли-

нического анализа мочи до и после лечения показала, что во всех случаях значительных отклонений от нормальных значений не выявлено, бактериурии не отмечалось, что, вероятно, связано с тем, что все пациентки до обращения к нам получали антибактериальную терапию в различных урологических клиниках. При оценке симптомов вагинальной атрофии (сухость, зуд, диспареуния) по 5-балльной шкале D. Barlow у большинства пациенток значения достигали 3–4 баллов, лишь у 6 (20%) пациенток с симптомами гиперактивного мочевого пузыря и количеством рецидивов более 5 за год – 5 баллов. Всем пациенткам было проведено комплексное уродинамическое исследование, которое выявило снижение функционального и максимального объема мочевого пузыря. Повторное клинико-лабораторное обследование проводилось к концу третьего месяца лечения. В 1-й группе пациентов при осмотре наблюдалось значительное улучшение состояния слизистой вульвы и влагалища, отмечалась их бледно-розовая окраска, появление складчатости, достаточная увлажненность, имело место и изменения при цистоскопии. При расширенном исследовании определялось значительное улучшение состояния вагинального эпителия, незначительное истончение слизистой влагалища; просвечивание немногочисленных капилляров в подслизистом субэпителиальном слое отмечалось в единичных случаях. При выполнении пробы Шиллера окраска слизистой оболочки влагалища раствором Люголя была равномерная. Оценка симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии по 5-балльной шкале D. Barlow у пациенток 2-й группы составила 2–3 балла, у пациенток 1-й группы – 0–1 балл. У 12,3% больных 2-й группы в течение первого месяца терапии возникли рецидивы циститов, потребовавшие повторного лечения и назначения местного ЗГТ. У пациенток 1-й группы за время наблюдения рецидивов не было.

Обсуждение результатов. Развитие рецидивирующих инфекций на фоне урогенитальной атрофии относят к тяжелой форме ее проявления. Необдуманное и нерациональное назначение курсов антибактериальной терапии приводит к еще большему нарушению микробиоценоза у пациенток, развитию дисбиоза как во влагалище, так и в желудочно-кишечном тракте и, вероятно, может быть одной из причин рецидивов заболевания. При наличии урогенитальной атрофии создаются условия для возможного инфицирования нижних мочевых путей, однако, по нашим данным, частота их не превыша-

ет 11,8%. При предварительном сравнении эффективности традиционной терапии и комбинированной терапии с Эстринормом (по разработанной нами схеме) через первые 3 месяца терапии имеется разница в объективных показателях вагинального исследования и выполненной цистоскопии. На фоне традиционного лечения во 2-й группе у 12,3% пациенток в течение первого месяца терапии возникли рецидивы циститов, у пациенток 1-й группы за время наблюдения рецидивов не было. Всем пациенткам контрольной группы в последующем была назначена локальная ГЗТ.

Выводы. Использование локальной ГЗТ является основой в лечении данной группы пациенток, позволяющей улучшить самочувствие у данной группы пациенток и изменить их качество жизни. По нашему мнению, комбинированное лечение с использованием локальных форм ГЗТ является объективно предпочтительным и безопасным, так как не обладает систем-

ным действием. Оно позволяет быстрее восстановиться вагинальной микроэкологии, активизирует защитное действие лактобацилл (оно проявляется в продуцировании перекиси водорода, адгезии на эпителиальных клетках, восстановлении и поддержке естественной микрофлоры, антагонистических свойствах в отношении условно-патогенных микроорганизмов). В целом это и препятствует развитию рецидивов заболевания в последующем. Нами были также проанализированы долгосрочные результаты исследования. На протяжении 12 месяцев все пациентки продолжали принимать ЗГТ в поддерживающей дозе 1 свеча 1 раз в неделю. После года терапии 3 женщины по разным причинам терапию прекратили. В течение 3 месяцев без лечения у них появились симптомы, свидетельствующие о рецидиве урогенитальной атрофии разной степени выраженности, что еще раз свидетельствует о необходимости длительной терапии локальными эстрогенами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КАК МАРКЕРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

И.В. Радьков, П.И. Ковалевская

*УЗ «Гомельская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи», Беларусь*

Введение. В последние годы расширяется применение прокальцитонина (ПКТ) в качестве биомаркера крови для более эффективного лечения пациентов с системными инфекционными заболеваниями и сепсисом. Как известно, при наличии очага инфекции или источника, несостоятельности барьерной и регулирующих функций и генерализации процесса в организме развивается синдром системного воспалительного ответа, который впоследствии может трансформироваться в сепсис при несостоятельности иммунной системы. В организме человека присутствие бактерий и бактериальных компонентов (экзо- и эндотоксинов) индуцирует и поддерживает каскад метаболических, иммунологических, воспалительных и коагуляционных реакций. Такие биохимические реакции могут служить в качестве биомаркеров в выявлении системных воспалительных реакций и использоваться в дальнейшем как контроль эффективности назначенной терапии для такой категории па-

циентов. Одним из таких биомаркеров является прокальцитонин.

Прокальцитонин — предшественник кальцитонина. В норме их синтез осуществляется в С-клетках щитовидной железы. У здоровых людей концентрация ПКТ низкая. Увеличение уровня прокальцитонина в крови происходит при не вирусных инфекциях. Значительное повышение прокальцитонина обнаруживают у пациентов с бактериальным сепсисом, особенно при тяжелом сепсисе и/или септическом шоке. При генерализации бактериальной инфекции происходит резкая экстратиреоидальная выработка ПКТ в нейроэндокринных клетках легких, в поджелудочной железе, печени, макрофагах, моноцитах, др. тканях. Уровень прокальцитонина в сыворотке крови возрастает в течение 6–12 часов после генерализации инфекции. Синтез ПКТ стимулируют бактериальные экзо- и эндотоксины при участии цитокинов. При этом не происходит повышения уровня кальцитонина.

Тест на прокальцитонин – хороший критерий контроля эффективности лечения сепсиса, а также – прогностический маркер. Период полураспада ПКТ – 25–30 часов. Поэтому после успешного оперативного лечения или антибиотикотерапии уровень прокальцитонина в крови быстро снижается (на 30–50% за сутки). При сохраняющемся повышении уровня прокальцитонина более 4 дней нужна коррекция лечения. Если после лечения не наблюдается быстрого снижения уровня прокальцитонина, прогноз заболевания сомнительный. Постоянно повышающиеся показатели ПКТ свидетельствуют о плохом прогнозе заболевания.

Уровень ПКТ четко коррелирует с тяжестью воспалительного процесса:

– ПКТ <0,5 нг/мл – низкий риск тяжелого сепсиса и/или септического шока;

– ПКТ от 0,5 до 2 нг/мл – умеренный синдром системного воспалительного ответа (ССВО) – «серая зона». Поставить диагноз сепсиса с уверенностью нельзя, рекомендуется повторить измерение в течение 6–24 часов;

– ПКТ >2 нг/мл – тяжелый синдром системного воспалительного ответа (ССВО), высокий риск тяжелого сепсиса и/или септического шока (чувствительность 85%, специфичность 93%);

– ПКТ 10 нг/мл и выше – выраженный синдром системного воспалительного ответа (ССВО) – практически всегда вследствие тяжелого бактериального сепсиса или септического шока. Такие уровни ПКТ часто связаны со СПОН (синдром полиорганной недостаточности) и указывают на высокий риск летального исхода.

Тем не менее, определение ПКТ не является единственно нужным анализом и не заменяет тщательную клиническую оценку пациента или клиническую интуицию врача. При применении в составе тщательно разработанных клинических алгоритмов ПКТ обеспечивает получение дополнительной полезной информации и помогает врачу принимать обоснованные клинические решения в каждом конкретном случае. Как и при проведении других диагностических исследований, знание преимуществ и ограничений, связанных с ПКТ, лежит в основе безопасности и эффективности его применения в клинической практике

Цель исследования: целью данного исследования явилось доказать диагностическую ценность прокальцитонина и как маркера оценки эффективности лечения у пациентов с острой урологической патологией.

Материалы и методы. В основе работы лежат результаты лечения 30 больных с синдромом системного воспалительного ответа при инфекциях мочевыводящих путей. Данная группа пациентов поступала в больницу скорой медицинской помощи в тяжелом и средней степени тяжести состоянии. Все были обследованы в полном объеме в условиях приемного отделения.

Из них с обструктивным пиелонефритом на фоне мочекаменной болезни было 24 человека (73%), с острым пиелонефритом без нарушения уродинамики 4 пациента (18%), и 2 (9%) пациента с острым эпидидимоорхитом. Пациентов мужского пола было 12 человек, женского пола 18 человек, что составило 45% и 55% соответственно.

Всем пациентом данной группы при поступлении брался ОАК, одновременно с прокальцитонином. При чем диапазон прокальцитонина был от 0,58 до 25,8. Антибактериальная терапия назначалась эмпирически, в основном использовались антибиотики цефалоспоринового ряда III поколения, фторхинолоны, препараты группы нитроимидозолы, аминогликозиды, которые, как правило, назначались в комбинации у данных пациентов. Контроль эффективности лечения проводился путем лабораторного исследования: ОАК в динамике и контроль прокальцитонина на 2-е сутки после назначенного лечения.

Результаты и обсуждения. Диапазон прокальцитонина у данной группы пациентов, поступивших в стационар с синдромом системного воспалительного ответа, был от 0,58 до 25,8. Всем им при поступлении назначена эмпирическая комбинация антибактериальных препаратов и по показаниям производились хирургические вмешательства. Пациентам было произведено хирургическое вмешательство, 18 пациентам выполнено дренирование мочевыводящих путей (6 – пункционная нефростомия, 12 – стентирование мочеточника), 2 – нефрэктомии, 4 – пиелолитотомии с декапсуляцией почки.

Контроль назначенного лечения производился на 2-е сутки – во всех случаях отмечалось снижение прокальцитонина. При неполном снижении прокальцитонина до нормы проводилась коррекция лечения с последующим контролем.

Выводы. ПКТ – хороший биологический маркер, дополняющий клинические и биологические исследования в патологических ситуациях у урологических пациентов. Проведенное исследование помогло доказать и подтвердить возможность использования прокальцитонина, как

биомаркера синдрому системного запального реагування і використовувати його як один з параметрів ефективності призначеного лікування з визначенням термінів призначеної антибактеріальної терапії. Використовуючи прокальцитонін, можна скоротити тривалість призначення неефективного лікування, знизити тривалість призначення антибактеріальної терапії, не погіршуючи стан хворого. До достоїнств тесту належить його придатність для екстрених клі-

нічних урологічних ситуацій, при проведенні інтенсивної терапії і в якості прогностичного маркера при прогресуванні інфекційного процесу у даній групі пацієнтів. Відзначається швидкість виконання тесту, що важливо в умовах екстреної допомоги. В процесі останнього часу тест все ширше застосовується в клінічній практиці нашого стаціонару, маючи очевидні переваги перед нині широко застосовуваними тестами.

ДІАГНОСТИКА ЯТРОГЕННИХ ТРАВМ СЕЧОВОДУ З УРАХУВАННЯМ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТРАВМИ

Ю.В. Рощин, Є.М. Слободянюк, С.В. Ткаченко, В.А. Мех, Г.Д. Резніков

Донецький національний медичний університет

Вступ. Нині запропоновано велику кількість реконструктивно-відновних операцій при травмі сечоводу, широко застосовуються ендоскопічні методи її корекції, однак існуюче розмаїття хірургічних посібників не завжди дозволяє досягти позитивного результату в лікуванні таких хворих.

Мета дослідження: поліпшення інтраопераційної діагностики травм сечоводу при акушерсько-гінекологічних операціях.

Матеріали і методи. Підґрунтям дослідження стали результати клінічних спостережень 161 пацієнтки, які перенесли різні акушерсько-гінекологічні операції. З них 61 (37,9±7,5%) пацієнтка з акушерсько-гінекологічними травмами сечоводу. Контрольна група представлена 100 (62,1±7,5%) пацієнтками, які перенесли акушерсько-гінекологічні операції, неускладнені травмою сечоводу.

На підставі вивчення історій хвороб сформована база даних, до якої вносилися всі показники для подальшого аналізу і виявлення найбільш значущих чинників ризику травми сечоводу і кількісної оцінки їх значущості. Для комплексного прогнозування ризику травми використаний метод покрокової логістичної регресії.

Результати. Значимими факторами ризику пошкодження сечоводу є порушення анатомічних взаємовідносин органів малого таза внаслідок

хронічних запальних захворювань внутрішніх статевих органів ($\chi^2=26,785$, $p<0,001$), розмірів фіброміоми матки >12 тижнів умовної вагітності ($F=9,11 \times 10^{-9}$, $p<0,001$), інтралігаментарного росту вузлів фіброміоми матки ($\chi^2=17,974$, $p<0,001$), перенесених раніше операцій на органах малого таза ($\chi^2=15,342$, $p<0,001$), апендектомія ($\chi^2=11,178$, $p<0,001$), а також цукровий діабет ($\chi^2=16,187$, $p<0,001$). Наявність у хворої двох та більше зазначених факторів свідчить про підвищений ризик ятрогенного пошкодження сечоводу.

Висновки. Для своєчасної інтраопераційної ідентифікації травми сечоводу необхідно дотримуватися наступних принципів діагностики:

- у пацієнток з низьким ступенем ризику пошкодження сечоводу, у разі виникнення сильної кровотечі або підозри на травму показано використання цистоскопії або хромоцистоскопії. Якщо травму виключити не вдалося, показано залучення до операції уролога, ревізія СВШ, при необхідності виконання уретероскопії;
- у пацієнток з високим ступенем ризику травми сечоводу показана установка JJ-стентів або сечовідних катетерів. При виникненні інтраопераційної кровотечі або підозрі на травму показана максимально можлива ревізія СВШ спільно з урологом. Якщо травму виключити не вдалося, показано виконання цистоскопії і уретероскопії.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Ю.В. Роцин, В.А. Мех, И.М. Комисаренко, С.П. Форостина,
С.В. Ткаченко, Е.Н. Слободянюк, О.И. Юдин

Донецкий национальный медицинский университет

Введение. В настоящее время в урологии при лечении конкрементов верхних отделов мочевыводящих путей есть три метода выбора: экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), фиброуретероскопия (ФУРС) в сочетании с лазерной нефролитотрипсией, пункционная нефролапексия (ПНЛ).

Цель работы: сравнительный анализ результатов лечения при использовании различных видов малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. При проведении дистанционного дробления камней использовали аппарат для дистанционной литотрипсии STORZ Medical. При выполнении экстракорпоральной литотрипсии использовали режим с частотой 1 удар в секунду. За один сеанс выполняли не более 4000 ударов.

Для выполнения ФУРС использовали гибкий уретерореноскоп Flex – X2, фирмы K.Storz, лазерную дезинтеграцию камней почки осуществляли с помощью аппарата AURIGA XL фирмы Starmedtec.

В зависимости от плотности и размеров камня использовали как режим vaporизации с энергией от 700 до 1200 Дж, так и режим дробления с энергией от 700 до 1800 Дж, при частоте импульсов от 5 до 18 Гц.

При выполнении операции мини ПНЛ мы использовали нефроскоп Karl Storz размером 12 Fr. Для дезинтеграции почечных конкрементов использовали лазер AURIGA XL фирмы Starmedtec. Для контактной литотрипсии применяли светопроводящее волокно диаметром 600 мкм. При этом на конкремент воздействовали как в режиме vaporизации, так и в режиме литотрипсии.

Всего 1109 пациентов, 110 (9,9%) больных лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них не превышала 1000 НУ). 206 (18,6%) также лечили методом ЭУВЛ (плотность конкрементов у них была больше 1000 НУ). 626 (56,4%) пациентов лечили методом ФУРС, а 167 (15,1%) – методом мини ПНЛ.

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке эффективности различных ме-

тодов малоинвазивной хирургии некоралловидных камней почек мы оценивали ряд параметров результатов такого лечения. Одним из этих параметров была частота послеоперационных и интраоперационных осложнений.

Следующим показателем, характеризовавшим эффективность различных методов лечения некоралловидных камней почек, явилась длительность лечения пациентов.

Нами также была изучена динамика длительности операции ФУРС и мини ПНЛ в зависимости от размеров почечного конкремента.

При этом длительность операции ФУРС была наименьшей при размерах камня до 10 мм и составила всего $35,09 \pm 1,47$ минут. Операцию мини ПНЛ при данных размерах камня не выполняли. У больных с конкрементами 11–16 мм длительность операции ФУРС составила $56,06 \pm 1,03$ минуты, а длительность мини ПНЛ была сопоставимой по длительности, достигая $62,24 \pm 3,14$ минут (различия недостоверны, $p > 0,05$).

При размерах камня 17–27 мм длительность операции при использовании ФУРС и мини ПНЛ также достоверно не отличалась, составив соответственно $67,24 \pm 0,98$ и $65,21 \pm 1,09$ минут ($p > 0,05$).

У пациентов с почечными конкрементами 28–30 мм величина данного показателя возрастала при использовании ФУРС до $82,09 \pm 1,05$ минут, а при выполнении мини ПНЛ по-прежнему составила $65,21 \pm 1,09$ минут (различия достоверны, $p < 0,05$).

При выполнении обоих эндоскопических вмешательств при камнях почек размерами более 30 мм длительность их возрастала соответственно до $126,24 \pm 1,12$ и $124,89 \pm 2,04$ минут (различия недостоверны, $p > 0,05$).

Выводы. Использование ЭУВЛ наиболее эффективно у пациентов с почечными конкрементами размерами 6–10 мм при плотности их не более 1000 НУ. В иных случаях в связи с ростом количества осложнений и длительности лечения пациентов использование ЭУВЛ не имеет преимуществ перед ФУРС и мини ПНЛ.

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 мм/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 $Q_{max} \geq 15$ мм/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.

ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО РАСПРАСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Н. Тиляшайхов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, С.Р. Набиев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан

Цель исследования: проанализировать результаты различных радикальных хирургических вмешательств при лечении инвазивной формы рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 75 больных раком мочевого пузыря в стадии T2-4aIb-1Mo, получивших лечение в отделении урологии Таш.ГОД и урогенитального туберкулеза РСНПМЦФиП с 2009 по 2015 г. Средний возраст больных составил 45–75 лет (61+5). Больные, включенные в исследование имели ряд осложнений и сопутствующих заболеваний, которые делали невозможным длительно протекающие травматичные оперативные вмешательства. В связи с чем включенные в исследование больные подвергнуты оперативному лечению – радикальная цистэктомия с двусторонней уретерокутанеостомией. Контрольную группу (группа I) составили 35 (46,6%) больных, которым радикальная цистэктомия выполнялась лапаротомным доступом. Основную группу составили 40 (53,3%) (группа II) больных, которым цистэктомия выполнена экстраперитонеальным доступом – сохраняя целостность брюшины. Из анамнеза 93% из контрольной и 90% из основной имели гематурию, 33,3% и 45,7% дизурические явления и (рези, никтурию, прерывистое мочеиспускание), 66,6% и 54,3%

боли в надлобковой области. 5 (6,6%) больных из I и 6 (8%) больных из II основной имели уретерогидронефроз различной степени.

Результаты. Средняя продолжительность операции в I группе составила 155±5 мин, во II – 145±6 мин. Послеоперационные осложнения в виде нагноения операционной раны в I группе наблюдались у 3 (10%) больных, во II – у 2 (5,7%), кровотечение впоследствии перитонит в I группе наблюдалось у 3 (10%) больных, во второй – не наблюдалось. Парез кишечника наблюдался у 4 (13,3%) в I группе, во II – не отмечен. Спаечный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде развился в I (3,3%) случае в I группе и ни в одном случае во II. В послеоперационный период среднее время пребывания в стационаре составило в I группе 12 дней, во II – 9 дней.

Выводы. Радикальная цистэктомия внебрюшинным доступом по длительности менее продолжительна относительно цистэктомии лапаротомным доступом. Экстраперитонеальная радикальная цистэктомия является методом выбора при раке мочевого пузыря с деривацией мочи через уретерокутанеостому. При экстраперитонеальном доступе отмечается снижение рисков и осложнений, связанных с вмешательствами в брюшной полости.

РОЛЬ ГЕМИНЕФРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

М.Н. Тиляшайхов, Д.К. Абдурахмонов, Ш.М. Халилов, Б.Н. Исматов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан

Рак почки является мало изученной и в то же время важной проблемой современной онкоурологии, как в этиологическом плане, так и в неясности механизмов его возникновения. ПКР характеризуется весьма вариабельным клиническим течением, что обусловлено генетической гетерогенностью и морфологическим разнообра-

зием данной группы опухолей. В связи с тем, что возросло количество малых опухолей, постепенно меняется отношение к основному виду оперативного вмешательства при опухолях почки – нефрэктомии. В последнее десятилетие существенно увеличилось количество органосохраняющих операций, и требует тщательного предопераци-

онного обследования для решения тактических и технических вопросов в выборе характера оперативного пособия и возможности осуществления операции.

По мнению Н.А. Лопаткина (1998) важно выявить соотношение опухоли и здоровой почечной паренхимы, а также ее ангиоархитектоника; отношение опухоли почки к соседним органам; функциональное состояние почки или почек; наличие метастазов; размер новообразования; локализация опухоли; направления роста опухоли; структура объемного образования и другие.

С 2012 по 2015 г. нами проведен анализ по изучению операций 37 пациентов, подвергавшихся оперативному вмешательству. Самому молодому больному было 25 лет, а самому старшему – 56 лет. Средний возраст составил $41,4 \pm 0,5$ года. Степень распространения опухолевого процесса оценивали в соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей TNM 1997 г., 5-го пересмотра. При этом учитывали клинические данные, результаты ультразвукового, рентгенологического, компьютерного и морфологического исследований. Больных с T1a стадией было 6 (16,2%), с T1b стадией было 12 (32,4%) больных, с T2 стадией 9 (24,3%) больных. У 13 (35,1%) больных выполнена клиновидная резекция, 9 (24,3%) больных энуклеорезекция, 5 (13,5%) больных фронталь-

ная резекция. Интраоперационная кровопотеря составляла от 200 мл до 600 мл практически у всех больных. У 3 (8,1%) больных проведены гемотрансфузия и переливание компонентов крови. В послеоперационном периоде у данных пациентов, подвергавшихся оперативному лечению, осложнений не было. Рана зажила первичным натяжением. Диагноз был верифицирован на основании лучевых методов исследований, гистологического заключения макропрепаратов резецированных тканей. По данным гистологии у пациентов с опухолями G1 составляет 55,5%, G2 – 18,1%, G3 – 18,1%, G4 – 7,4%. За время наблюдения все пациенты проходят контрольное УЗИ 1 раз в 3 месяца, КТ 1 раз в 6 месяцев, рентген грудной клетки, анализы крови и мочи для исключения прогрессирования онкопроцесса. В настоящее время у больных рецидив заболевания и летальных исходов не было.

По нашему мнению, общая выживаемость больных зависит от многих медико-социальных прогностических факторов, в том числе от степени дифференциации опухолевого процесса. При настоящем наблюдении прогностическое значение стадии ПКР уменьшается при увеличении степени анаплазии опухоли. Несмотря на то, что ядерный индекс является независимым прогностическим признаком, его оценка субъективна и зависит от индивидуальной интерпретации морфологом.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПУХОЛИ ПОЧКИ

*М.Н. Тилляшайхов, М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов,
Ш.М. Халилов, М.Г. Абдикаримов*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Цель работы: изучить дифференциально-диагностические признаки поражений почек опухолью и туберкулезом.

Материал и методы. Проанализированы результаты 3284 исследований в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз с подозрением на нефротуберкулез (НТ). Среди обследованных, НТ был установлен у 1820 (55,4%) больных, хронический пиелонефрит – у 584 (17,8%), нефролитиаз – у 245 (7,5%), нефроптоз – у 160 (4,8%), аномалии структуры почек – у 74 (2,3%), амилоидоз почек – у 35 (1,1%), опухоль почки – у 53 (1,6%), патологии почек не обнаружено – у 313 (9,5%) пациентов.

Результаты и обсуждения. Клинико-лабораторные, рентгенологические и эхографические критерии диагностики НТ предусматривают констатации нормы и патологии в почках, а также локализацию, форму и характер специфического процесса. Такой системный подход позволит достичь высокой точности диагностики туберкулеза и опухоли почки. На основании клинико-лабораторных и лучевых методов исследования у 3284 больных с подозрением на туберкулез нами был разработан оптимальный комплекс дифференциальной диагностики туберкулеза почки, состоящих из 81 наиболее информа-

тивных признаков патологии почек. Безусловно, не все признаки равноценны. Такие признаки, как туберкулезная микобактериурия, туберкулезные бугорки, язвы и рубцовые изменения в мочевом пузыре, на рентгенограммах наличие полостей в паренхиме почки, на эхотомограммах выявление гипо- и анэхогенных полостей неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками неправильной формы, имеют решающее значение в диагностике НТ. Обнаружение расширения вен семенного канатика у мужчин или расширения вен больших половых губ у женщин, эхографическое выявление образования в почке неоднородной структуры играет решающую роль в постановке диагноза опухоли почки. Эти признаки, имеющие особое значение в дифференциальной диагностике НТ, обозначены «++». Для удобства математического анализа данных предлагаем схему. Сумма всех положительных признаков для каждого заболевания составляет 100%. Таких положительных признаков, отмеченных знаком «+», для туберкулеза почки 45, хронического пиелонефрита – 32, нефролитиаза – 16, опухоли почки – 23, аномалии структуры почек – 20. Например, у па-

циента определен 21 положительный признак туберкулеза почки, 8 – хронического пиелонефрита, 3 – нефролитиаза, 7 – опухоли почки, 4 – аномалии структуры почек. Это соответственно составляет 46,7; 25; 18,8; 30,4; 20%. Поэтому у такого пациента с большей вероятностью можно предположить диагноз НТ. При наличии признаков, отмеченных двумя знаками «+» мы предлагаем прибавлять к полученной сумме 50%, что достаточно объективно отражает их информативность.

Вывод. Диагностика туберкулеза и опухоли почек представляет значительные трудности, разработанный нами дифференциально-диагностический комплекс может значительно облегчить проведение дифференциации туберкулеза почки с опухолями, хроническим пиелонефритом, нефролитиазом, аномалиями структуры почек. Сочетание эхографии почек с клинико-лабораторными исследованиями являются, на наш взгляд, не только способами дифференциальной диагностики между опухолью и туберкулезом почек, а также имеет значение в оценке эффективности проводимой комплексной терапии больных нефротуберкулезом.

ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.К. Абдурахмонов, М.А. Хакимов, С.К. Алиджанов, Ш.М. Халилов

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Введение. Диагностика поражений мочевого пузыря зачастую основывается на результатах патоморфологического исследования. Эндоскопический метод, дополненный биопсией, является ведущим в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуется материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – *carcinoma in situ*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

Цель работы: изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФиП МЗ РУз. комплексному клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациента с патологиями мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

Результаты. При подозрении изменений слизистой оболочки мочевого пузыря важное диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулез-

ные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия.

Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0%) пациентов туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3%) – рака мочевого пузыря, у 9 (9,7%) – полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: Туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженной зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4%), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окруженной зоной гиперемии с нечеткими контурами) – у 36 (53,7%), туберкулезный микроцистит (сморщивание мочевого пузыря) – у 14 (20,9%) больных.

Вывод. Диагностика поражений мочевого пузыря – трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Проведение дифференциальной диагностики поражений мочевого пузыря предполагает: клинико-лабораторные обследования, инструментальное обследование (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря). При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ. МЕТОД ВЫБОРА ПРИ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*М.Н. Тилляшайхов, В.В. Гринберг, Д.К. Абдурахмонов,
Ш.М. Халилов, О.А. Салимов*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан
Ташкентский городской онкологический диспансер*

Цель работы: изучить результаты расширенных операций и качество жизни при местно-распространенных и осложненных формах опухолей органов малого таза.

Материал и методы. Проанализированы медицинская документация 38 больных в возрасте от 22 до 74 лет органов малого таза. Все больные в стадии $T_4N_{0-1}M_0$, с прорастанием в соседние органы и с наличием межорганных свищей. У 14 больных имели место метастазы в регионарных лимфоузлах (36,8% – истинно положительный). У 11 (28,9%) больных имели место наличие ректо-влагалищного свища, у 12 (31,6%) наличие пузырно-влагалищного свища, у 22 больных наличие одно- или двустороннего уретерогидронефроза (57,9%). Из них рак мочевого пузыря составили 14 (36,8%) больных, рак шейки матки 17 (44,8%) больных и рак прямой кишки 7 (18,4%) больных. 5 (13,2%) больным выполнена задняя эвисцерация органов малого таза с сигмоанальным анастомозом и сохранением мышц сфинктера, 18 (47,4%) больным

выполнена тотальная эвисцерация с двусторонней уретерокутанеостомией и колоректальным анастомозом на аппарате, 6 (15,8%) больным выполнена тотальная эвисцерация органов малого таза с созданием самокатетерируемого мочевого резервуара с аппендикостомией и колоректальным анастомозом на аппарате, 6 (15,8%) больным передняя эвисцерация с двусторонней уретерокутанеостомией и 3 (7,9%) больным с передней эвисцерацией и созданием мочевого резервуара по типу Брикера (уретероилеокутанеостомия).

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения имели место у двух больных (вторичное заживление раны – 5,3%), поздние у 3 (7,9%). Послеоперационная летальность составила 2,6% (1 больная). 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 60,5% (23 больных).

Вывод. Эвисцерация органов малого таза может быть методом выбора при лечении местно распространенных и осложненных форм опухолей органов малого таза.

ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ НЕФРОНЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРОТИ ВІДКРИТИХ ЛЮМБАЛЬНИХ ПАРЦІАЛЬНИХ НЕФРЕКТОМІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НИРКОВО-КЛІТИННИМ РАКОМ

*С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, В.Д. Васильєва,
Д.М. Шамраєва, М.А. Рідченко*

ДУ «Інститут урології» НАМНУ

Вступ. Згідно з рекомендаціями AUA і EAU нефронзберігаючі операції (НЗО) показані як терапія першого вибору при лікуванні пацієнтів із нирково-клітинним раком (НКР) проти радикальної нефректомії (РНЕ) з 2008 р.

Матеріали та методи. Із 748 пацієнтів з клінічним діагнозом НКР cT1a-4N0M0, прооперованих в період з січня 2001 до січня 2015 року, НЗО виконані в 294 (39,3%) спостереженнях: 67(22,8%) – з лапароскопічного доступу, 227 (77, 2%) – з люмботомії.

Результати дослідження. Резекція правої нирки виконана у 153 (52,704%) пацієнтів, лівої – у 141 (47,95%). Чоловіків було 137 (46,59%), жінок – 157 (53,4%). Діаметр пухлини в середньому склав $43,2 \pm 2,05$ мм. Розподіл пацієнтів за стадіями: pT0 – 19 (6,46%), pT1a – 140 (47,61%), pT1b – 113 (40,47%), pT2 – 14 (4,76%), pT3a – 8 (2,72%). Інтраопераційна крововтрата склала в середньому $286,25 \pm 21,4$ мл. У ранньому післяопераційному періоді у 16 (5,44%) пацієнтів пер-

шої групи діагностована сечова нориця: її закриття досягнуто стентуванням сечоводу (Clavien–Dindo Ів) у 13 (5,7%) пацієнтів і у трьох (1,3%) – виконанням черезшкірної нефростомії (Clavien–Dindo ІІа). Місцевий рецидив НКР відзначений також у 16 пацієнтів першої групи в період з 2014 до 2015 року. Канцер-специфічне виживання (КСВ) склало 97,45%.

Висновки. Відмінностей в кінцевому гемостазі рани нирки не відзначено. Малотравматичний доступ дає змогу уникнути «великих» післяопераційних ускладнень (Clavien–Dindo ІІІ–ІV). Жодне з ускладнень не привело до інвалідності хворих або подальшої нефректомії. НЗО можливо застосовувати при мінімальній інвазії в паранефральну клітковину. Дотримання принципів НЗО дозволяє розширити показання до них при розмірах пухлини більше 4 см (6,46% спостережень) з досягненням хороших онкологічних (КСВ – 97,45%) і функціональних результатів без збільшення частоти ускладнень.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕКОНСТРУКЦІЄЮ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ЗА ДОПОМОГОЮ КЛАПТЕВОЇ МЕТОДИКИ

Д.В. Шукін, В.М. Демченко

*Харківський національний медичний університет
Харківський обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала*

Вступ. Етіологічними чинниками ятрогенної травми сечоводу, яка складає 75% від загальної кількості, у 64% є оперативна гінекологія, у 26% – загальна хірургія, у 10% – оперативна урологія. Найбільш уразливим є дистальний відділок сечоводу (90% ушкоджень), на проксимальний (верхня і середня третини сечоводу) припадає лише 10% ушкоджень. Врахо-

вуючи, що більшість випадків цієї травми не діагностується під час операції, дана проблема створює деякі ускладнення, які можуть призвести до втрати функції нирки та інвалідизації, а в важких випадках – до летальних наслідків.

Матеріали та методи. До дослідження увійшли 73 пацієнти (69 жінок та 4 чоловіки) віком від 22 до 78 років. З правобічним уражен-

ням були 32 (43,9%) пацієнти, з лівобічним – 35 (47,9%), із двобічним – 6 (8,2%). Променеву терапію в анамнезі мали 6 (8,2%) хворих, травму сечоводу єдиної нирки – 2 (2,8%), травму подвоєних сечоводів – 5 (6,8%). Сечоводопіхові нориці мали 23 (33,3%) пацієнтки, комбіновані нориці були ідентифіковані у 3 (4,3%) хворих. Ураження сечоводу нижче здухвинних судин спостерігалися в 33 (45,2%) випадках, вище – в 34 (46,6%). Ураження верхньої третини сечоводу мало місце у 6 (8,2%) випадках. Етіологічними чинниками ушкоджень були: акушерсько-гінекологічна травма – 63 (86,3%), уретероскопія – 3 (4,1%), видалення прямої кишки – 5 (6,8%) та аорто-стегнове шунтування – 2 (2,8%). Для відновлення пасажу сечі по сечоводу у 70 пацієнтів застосовували клаптеву методику Боарі в оригінальній модифікації.

Результати. Інтраопераційні ускладнення: травма здухвинних судин – 1 (1,4%); травма

нижньої порожнинної вени – 1 (1,4%); крововтрата більше 500 мл – 7 (10%). Ранні післяопераційні ускладнення: підтікання сечі з післяопераційної рани – 8 (11,4%); загострення пієлонефриту – 23 (32,9%); стійкий парез кишечника – 13 (18,6%); хронічна затримка сечі – 2 (2,9%). Віддалений функціональний результат: гарний – 58 (82,9%); задовільний – 6 (8,6%); незадовільний – 6 (8,5%). Зменшення ємності сечового міхура зі стійкою гіперактивністю відмічалось у 2 (2,3%) пацієнтів.

Висновок. При досить високому рівні ранніх післяопераційних ускладнень, які потребували лише консервативної терапії, ми вважаємо, що основою надання хірургічної допомоги пацієнтам з ятрогенною уретеральною травмою є клаптева методика. Її головна перевага – гарні репаративні процеси уротелія, за рахунок гарного кровопостачання клаптика сечового міхура та високий рівень позитивних віддалених результатів.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ОЦІНКА КРОВОПЛИНУ СУДИН ЖІНОЧОЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*В.М. Григоренко, О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська,
С.М. Мельников, М.О. Косюхно, А.Л. Ключ*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Анатомічними складовими жіночої передміхурової залози є парауретральні залози та фасція Гальбанса. Жіноча передміхурова залоза (ЖПЗ) розташована вздовж уретри: довжина уретри обмежує зону формування ЖПЗ, а протоки ЖПЗ відкриваються в уретру (M. Zivacic, 2000).

Мета дослідження: ультрасонографічна оцінка кровоплину судин жіночої передміхурової як в спокої, так і при сексуальній стимуляції у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Проведено гінекологічне, сексологічне, ультрасонографічне дослідження 94 сексуально активних жінок-волонтерів віком від 24 до 42 років. Визначення ЖПЗ при УЗД проводилось у режимі сірої шкали (В-режимі) з використанням кольорового доплерівського картування (КДК) та оцінкою доплерометричних індексів судин парауретральних залоз як до, так і після сексуальної стимуляції (перегляд пацієнткою відео-еротичного фільму впродовж 20 хвилин). Для покращення візуалізації ЖПЗ проводили катетеризацію

сечового міхура та вводили в піхву балон, заповнений гелем.

Результати дослідження. Передній (міатальний) тип локалізації ЖПЗ виявлено при накопиченні тканин парауретральних залоз у проекції дистального відділу уретри у 67 (71,2%) обстежених, задній тип – в зоні задньої уретри – у 19 (20,2%), дифузний тип – вздовж уретри – у 7 (7,5%), відсутність – у 1 (1,1%). ЖПЗ візуалізувалась у вигляді чіткого ізоехогенного овального утворення розмірами: довжина – $2,2 \pm 0,6$ см, ширина – $1,52 \pm 0,4$ см, товщина $1,3 \pm 0,3$ см, об'єм – $4,75 \pm 0,5$ см³. Діаметр судин в зоні ЖПЗ становив від 0,17 до 0,21 см в спокої, а при стимуляції – 0,39–0,41 см. Максимальна систолічна швидкість кровоплину (Vps) була в спокої 8,9–11,1 см/сек, а при сексуальній стимуляції – 13,9–14,1 см/сек, індекс резистентності (IR) – 0,6–0,62 та 0,63–0,68, індекс пульсативності (IP) – 1,44–1,22 та 1,61–1,72, відповідно.

Висновок. Ультрасонографічне дослідження з доплерографією судин парауретральних

залоз за запропонованою методикою дає змогу не лише ідентифікувати ЖПЗ, а і визначити її типи. При проведенні КДК відмічено збільшен-

ня діаметра судин та покращення судинного малюнка в зоні парауретральних залоз на тлі сексуальної стимуляції.

ІМУНОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ І ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

*В.В. Черненко, Г.М. Драннік, Ю.М. Бондаренко, О.П. Петрина,
В.С. Савченко, Т.В. Порошина, Д.В. Черненко, В.Й. Савчук*

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. Рання діагностика безсимптомних форм раку передміхурової залози за допомогою визначення простатспецифічного антигену (ПСА), пальцевого та/або ультразвукового ректального обстеження поки не продемонструвала здатності збільшувати виживання, тому доцільний пошук додаткових маркерів захворювання.

Мета роботи: визначити особливості НЛА-фенотипу та показників імунітету периферичної крові у чоловіків різних вікових груп, хворих на рак передміхурової залози (РПЗ) та доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. Вивчали особливості НЛА-фенотипів та показники стандартної імуннограми у 17 хворих на РПЗ віком 50–60 років та 10 хворих з ДГПЗ (80–90 років), у порівнянні з 350 здоровими донорами, жителями м. Києва. НЛА-антигени визначали стандартним мікролімфоцитарним тестом на планшетах Тerasaki з використанням панелі анти-НЛА сироваток (20 антигенів локусу А, 42 антигенів локусу В); відносний ризик (ВР) вважали достовірним при $RR > 2$, етіологічну фракцію (ЕФ) – $s > 0,1$.

Результати. У чоловіків, хворих на РПЗ, відносний ризик у локусі А зумовлюють антигени НЛА – А25 ($RR=6,63$) і А29 ($RR=86,26$) з етіологічною фракцією, відповідно, $s > 0,5$ і $s > 0,25$. У локусі В відносний ризик високий для антигенів В49 ($RR=53,67$), В21 ($RR=8,24$) і В40 ($RR=3,17$) з етіологічною фракцією, відповідно, $s > 0,13$, $s > 0,29$ і $s > 0,18$.

У чоловіків, хворих на ДГПЗ, предикторами захворювання виступають антигени локусу

А – А24 ($RR=2,98$), А26 ($RR=2,98$), А29 ($RR=69,02$). Етіологічну фракцію складають А24 ($s > 0,11$), А26 ($s > 0,11$) та А29 ($s > 0,16$). У локусі В відносний ризик захворювання обумовлюють антигени В8 ($RR=6,45$), В35 ($RR=4,8$) і В38 ($RR=23,14$) з етіологічною фракцією В8 ($s > 0,42$), В35 ($s > 0,4$) і В38 ($s > 0,16$).

У хворих на РПЗ відсоток CD8+ клітин периферичної крові значно вищий норми у 88% хворих, у хворих на ДГПЗ – у 50% хворих, відповідно. За критерієм Стьюдента середні значення відрізняються на рівні достовірності $p=0,018$. За Т-критерієм Вілкоксона центральні тенденції відрізняються на рівні достовірності $p=0,037$.

У хворих на РПЗ абсолютні показники CD8+ клітин периферичної крові значно вищі норми у 47% хворих, у хворих на ДГПЗ – у 70% хворих, відповідно. За критерієм Фішера при порівнянні дисперсій встановлена відмінність на рівні достовірності $p < 0,01$.

Висновки

1. Антиген НЛА А29 достовірно часто зустрічається у хворих на ДГПЗ та РПЗ.

2. Предикторами захворювання на РПЗ є наявність у фенотипі чоловіків антигенів А25, В49, В21 та В40.

3. Предикторами захворювання на ДГПЗ є присутність у фенотипі антигенів А26, А24, В8, В35 та В38.

4. Показник відсотка CD8+ клітин в периферичній крові хворих на РПЗ значно вищий за показник у хворих на ДГПЗ.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З УРЕТЕРОЛІТІАЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ УРЕТЕРОСКОПІЇ ТА КОНТАКТНОЇ УРЕТЕРОЛІТОТРИПСІЇ (ПНЕВМАТИЧНОЇ ТА ЛАЗЕРНОЇ)

*С.О. Возіанов, В.В. Черненко, А.Ю. Гурженко, Ю.М. Згонник,
Д.В. Черненко, Ю.М. Бондаренко, В.В. Спирідоненко*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Нефролітіаз (НЛ) та уретеролітіаз (УЛ) – найбільш поширені нозології в урологічній патології. Хворі на сечокам'яну хворобу (СКХ) складають 30–40% від контингенту урологічних стаціонарів. СКХ посідає 2-ге місце в структурі патології нирок та сечових шляхів, 3-тє – у структурі причин смертності з приводу урологічної патології, 4-тє – з інвалідизації внаслідок урологічної патології. УЛ – найбільш поширена форма СКХ. Характеризується типовою клінічною картиною, спричиняє обструктивно-запальні ускладнення верхніх сечових шляхів (ВСШ). Перебіг УЛ на тлі цукрового діабету (ЦД) супроводжується ускладненнями, з високим ризиком гострогнійних процесів у ВСШ. Принцип дезінтеграції каменів за допомогою малоінвазивних методів потребує подальшого вивчення цих хворих.

Мета дослідження: оцінка ефективності малоінвазивного лікування хворих за допомогою контактної літотрипсії, з встановленням найчастіших післяопераційних ускладнень (ПОУ) та визначенням тактики лікування у даних хворих.

Матеріали і методи. В умовах відділу сечокам'яної хвороби ДУ «Інститут урології НАМН

України» обстежено та прооперовано 75 хворих. Виділено 2 групи: I – хворі з ЦД (n=34), II – хворі без ЦД (n=41). Чоловіків – 56,7%, жінок – 43,3%, середній вік $34,6 \pm 5,5$ років. З метою оцінки результатів лікування використано класифікацію ПОУ за Clavien–Dindo (1992).

У хворих на ЦД ризик розвитку ПОУ I ст. підвищений (16,6%) при виконанні будь-яких МІХ з приводу УЛ. Рівень ПОУ II ступеня зменшений практично вдвічі – 6,7% у хворих без ЦД, а ПОУ III та IV були відсутні.

Таким чином, найбільший рівень ПОУ виявлено у осіб з ЦД (сумарно 23,5%), найменший – осіб без ЦД (14,6%).

Висновки

1. Формування ускладнень вказує на сильний кореляційний зв'язок між проведенням контактної літотрипсії та наявністю ЦД ($p=0,013$), з необхідністю адекватного дренивання ВСШ.

2. ЦД є фактором ризику розвитку ПОУ при виконанні контактної літотрипсії.

3. Особи з ЦД потребують більш інтенсивного та тривалого лікування, яке має впливати на максимальну кількість ланок патогенезу СКХ.

ГУМОРАЛЬНА РЕАКТИВНІСТЬ ДО HSP60 ЛЮДИНИ СИРОВАТКИ ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА ТА СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

*Л.Ф. Яковенко¹, О.В. Ромащенко², В.В. Білоголовська²,
А.М. Цісаренко¹, І.В. Крупська¹*

¹ *Інститут молекулярної біології та генетики НАН України*

² *ДУ «Інститут урології НАМН України»*

Мета: дослідити гуморальну реактивність до Hsp60 людини сироватки жінок з хронічними

запальними захворюваннями органів малого таза (ХЗЗОМТ), ускладненими диспаревнею.

Матеріали та методи. Проведено комплексне гінекологічне, сексологічне, психологічне обстеження 61 жінки віком від 26 до 48 років з ХЗЗОМТ (тривалість захворювання становила від 2 до 15 років). За допомогою методу доплерографії проведено ультразвукографічне дослідження анатомічних структур органів малого таза та судин зони клітора. Імунореактивність сироватки до Hsp60 людини визначали у 16 жінок з ХЗЗОМТ, ускладненими диспаревнією та 20 жінок репродуктивного віку без порушень репродуктивного та сексуального здоров'я з використанням методів імуноферментного аналізу (ELISA та Вестерн-блотинг).

Результати досліджень. У 55,73% (34/61) обстежених жінок з ХЗЗОМТ виявлено диспаревнію різного ступеня. У 82,35% (28/34) випадків диспаревнія поєднувалася з порушенням репродуктивної функції: трубне безпліддя – у 55,88% (19/34), невиношування вагітності – у 23,53% (8/34), позаматкова вагітність – у 2,94% (1/34). Найвищий ступінь диспаревнії встановлено у жінок з ХЗЗОМТ (тривалість понад 5 років), які були ускладнені невиношуванням

вагітності, позаматковою вагітністю. Проведення дослідження судин зони клітора з використанням методу доплерографії виявило збільшення показників індексу резистентності ($IR=0,78-0,85$) з одночасним зменшенням швидкості об'ємного кровотоку ($V_s=6,5+9,0$ см/сек) у жінок з диспаревнією та порушенням репродуктивної функції. Високу реактивність сироватки до Hsp60 людини виявлено у 12,5% (2/16) та 75,0% (12/16) обстежених жінок за допомогою методів ELISA та Вестерн-блотингу відповідно. Всі зразки сироватки жінок з диспаревнією, в анамнезі яких було невиношування вагітності, позаматкова вагітність, проявляли високу реактивність до досліджуваного антигену за результатами Вестерн-блотингу.

Висновок. Формування диспаревнії на тлі ХЗЗОМТ поєднується з порушеннями репродуктивної функції жінок і потребує своєчасної адекватної корекції. Визначення реактивності сироватки до Hsp60 людини у жінок з ХЗЗОМТ може бути додатковим діагностичним підходом до виявлення ризику порушень репродуктивної функції та сексуальних розладів.

НАШ ОПЫТ ОТКРЫТОЙ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ ДЛИННЫХ СТРИКТУРАХ И ОБЛИТЕРАЦИЯХ УРЕТРЫ

*С.А.Возианов, С.Н.Шамраев, И.А.Бабюк,
Д.С.Шамраева, М.А.Ридченко*

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель: провести сравнительную оценку эффективности различных видов открытых уретропластик при протяженных стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала.

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты открытых уретропластик у 122 пациентов за период 2008–2019 гг. Данные больные разделены на 4 группы: первая группа – аугментационная буккальная уретропластика – 26 (21,3%), вторая – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 47 (38,5%), третья – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом – 14 (11,5%), четвертая – заместительная буккальная уретропластика – 35 (28,7%).

Результаты. Средняя длина СУ составила в первой группе – $7,6\pm 0,5$ см; $1,6\pm 0,6$ см – во второй; $3,6\pm 0,5$ см – в третьей и четвертая группа – $8,2\pm 1,9$ см. Рецидивная форма стрик-

турной болезни МИК имела место у 55 (45,1%) пациентов, из них 34 (27,8%) больных – после открытых пластик уретры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 15 (12,3%) пациентов – после чреспузырной или позадилоной аденомэктомии, 6 (4,9%) пациентов – после ТУР простаты. Средний период послеоперационной госпитализации составлял $8\pm 2,1$ суток при открытых уретропластиках и достоверно не отличался в исследуемых группах. Большинство пациентов (76%) выписаны на амбулаторное лечение с уретральным катетером.

Средний период восстановления самостоятельного мочеиспускания составил: в первой группе – $17,8\pm 0,5$, во второй – $16,9\pm 0,8$, в третьей – $19,2\pm 1,3$, и в четвертой группе – $17,0\pm 1,6$ суток.

Общая частота осложнений открытых коррекций СУ в раннем периоде (до 1 месяца) составила 15,6 % (у 26 из 122 пациентов); в

позднем (больше 6 месяцев) – 31,9 %. В раннем послеоперационном периоде отмечали осложнения II степени по Clavien: острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) – шесть (4,9%) наблюдений, орхоэпидидимит – 17 (13,9%), промежностный затек – три (2,4%). В позднем послеоперационном периоде наблюдали осложнения трех видов: Clavien II, III, IV. У 10 (8,1%) пациентов была эректильная дисфункция, которая была ликвидирована путем приема ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и внутрикавернозными инъекциями простагландина (Clavien II); у 8 (10,4%) пациентов с эректильной дисфункцией, которая не поддается медикаментозной коррекции, установлен полуригидный протез полового члена.

При рецидиве СУ выполнили у 24 (19,6%) пациентов ВОУТ, у 12 (9,8%) – повторную заместительную буккальную пластику уретры или уретропростатоанастомоз – с хорошим результатом.

Выводы

1. Аугментационная буккальная пластика уретры – из 26 пациентов со стриктурами/об-

литерациями уретры хороший результат отмечен у 20 пациентов, 4 пациентам в отдаленном послеоперационном периоде проведено ВОУТ, двум пациентам проведено повторную уретропластику. Первичная эффективность – 63,6%.

2. Уретро-уретро- уретро-простатоанастомоз – из 47 пациентов хороший результат – у 40, 15 пациентам в отдаленном послеоперационном периоде проведено ВОУТ, троим пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,7%.

3. Пластика кожнофасциальным лоскутом – из 14 пациентов – у 10 хороший результат, еще 4 пациентам проведено заместительную буккальную пластику уретры. Первичная эффективность – 75,2%.

4. Заместительная буккальная пластика уретры – из 35 пациентов хороший результат отмечено у 26, еще 5 пациентам выполняли ВОУТ, 3 больным в послеоперационном периоде проведено повторную заместительную буккальную пластику уретры, одному пациенту – уретропростатоанастомоз. Первичная эффективность – 70,1%.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ УРЕАПЛАЗМОЗ. НОВИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

А.В. Руденко¹, А.М. Романенко¹, М.В. Мітченко¹, Л.М. Грищенко²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Мета роботи: створити експериментальну модель пієлонефриту на тваринах за допомогою *Ureaplasma parvum*, який переважав у хворих на гострий неускладнений пієлонефрит (ГНП), вивчити гістологічну картину змін тканини нирки та вилучених органів, біохімічні й імунологічні показники.

Матеріали й методи. Моделювання захворювання у кролів базувалося на методиці V. Pratz у власній модифікації. Для інфікування тварин використали штам *U. parvum*, що був виділений із сечі хворих на ГНП.

Результати та їх обговорення. Застосування *U. parvum* при створенні експериментальної моделі пієлонефриту у кролів призвело до розвитку у нирках лімфоїдно-клітинної інфільтрації, порушень мікроциркуляції, набряку строми, початкового склерозу інтерстиція та судин, розвитку дистрофічних змін в епітелії каналцевої системи нирки та уротелії сечового міхура. До-

ведено розвиток системного запалення за рахунок гематогенної дисемінації збудника в більшості паренхіматозних органів (матка, печінка, легені) у вигляді набряку строми, лімфоїдно-клітинної інфільтрації, порушення мікроциркуляції (стаз, престаза еритроцитів), розвитку склеротичних та дистрофічних змін паренхіми органів з найбільш вираженими проявами у інфікованій нирці та легенях. Системне враження органів має специфічні патогістологічні особливості з тенденцією до склеротичного переродження інтерстицію та розвитку початкових проявів ангіосклерозу. Динаміка біохімічних показників відтворювала картину патогістологічних змін у нирках, сечовому міхурі, печінці, легенях, матці. Застосування *U. parvum* при створенні моделі пієлонефриту на тваринах викликало імунну відповідь у вигляді підвищення титрів специфічних антитіл до уреаплазм. Посіви на кров'яний агар зразків крові, сечі, а також гомогенатів органів

не виявили класичних бактерій. Було виявлено ріст *U. parvum* у всіх досліджених внутрішніх органах, крові та сечі з найбільшою концентрацією в печінці, легенях, інфікованій нирці.

Висновки. *U. parvum* слід розглядати, з одного боку, предиктором гострого запально-

го процесу нирок й сечових шляхів, обумовленого класичними бактеріями, з іншого – має місце розвиток патологічних змін, які можуть розглядатись як первинний хронічний запальний процес, що має відмінності від бактеріального.

МОНОПОЛЯРНА ЕНУКЛЕОРЕЗЕКЦІЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЇ ЖЕЛЕЗЫ

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, Д.Н. Шамраева, М.А. Ридченко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Цель работы: оценить непосредственные результаты лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом трансуретральной монополярной энуклеорезекции.

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 52 мужчин ДГПЖ, в ГУ «Институт урологии НАМН Украины», методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в период с января 2016 по март 2019 г. В 2018 году в 4-м урологическом отделении ГУ «Институт урологии НАМН Украины» были выполнены 2 трансуретральных резекции простаты, используя биполярный ректоскоп, с хорошим результатом.

Результаты и обсуждение. Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. Время операции варьировало от 85 до 170 мин. и в среднем составило $120,3 \pm 4,7$ мин. Кровопотеря в среднем составляла $59,5 \pm 2,6$ мл. Средний койко-день составил в $6,7 \pm 1,9$ суток.

Следует отметить, что у пятерых мужчин (9,6%) операция проводилась по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе больных была

чреспузырная аденомэктомия), у двух пациентов (3,8%) был диагностирован камень мочевого пузыря и первым этапом проводили контактную цистолитотрипсию. 12 пациентов поступили с острой задержкой мочи и дренирование мочевого пузыря в предоперационном периоде проводилось: эпицистостомой – двум пациентам (3,8%), уретральным катетером Фоли – десяти (19,2%) мужчинам. Кровотечений, ранений внутренних органов, перфораций мочевого пузыря не выявлено. У одного пациента (1,9%) в послеоперационном периоде возник стеноз шейки мочевого пузыря (Clavien IIIa), что потребовало проведения ТУР шейки мочевого пузыря – с хорошим эффектом.

Проведено сравнение пациентов, которые были распределены на 3 группы: 1 – пациенты, которым была проведена ТУЕРП (52 пациента), 2 – монополярная ТУРП (55 пациентов), 3 – биполярная ТУРП (55 пациентов).

Выводы. Первичная эффективность трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы при среднем объеме простаты (от 70 до 180 мл) составила 88,2%.

ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИННИХ ТРОМБІВ ПРАВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ БЕЗ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО КРОВООБІГУ

*В.М. Лісовий, Д.В. Щукін, Г.Г. Хареба,
А.І. Гарагатий, М.М. Поляков, П.В. Мозжаков*

Вступ. Ми провели оцінку власного хірургічного досвіду видалення нирково-клітинного раку з поширенням в НПВ і праве передсердя з використанням трансплантаційної техніки тромбектомії.

Матеріали і методи. У роботу були включені 6 пацієнтів з атріальними пухлинними тромбами, у яких під час операції виконувалася piggy-back мобілізація печінки, доступ до правого передсердя з боку черевної порожнини і пальцеве

зміщення тромбу нижче діафрагми. Екстракорпоральний кровообіг не використовували в жодному з випадків. Середня довжина атріальної частини пухлини становила $19,0 \pm 8,7$ мм (від 10 до 35 мм), а ширина – $13,6 \pm 6,5$ мм (від 10 до 30 мм).

Результати. Зовнішнє пальцеве зміщення верхівки тромбу нижче діафрагми було успішно виконано у всіх хворих. Пухлинні тромби з довжиною атріальної частини до 1,5 см були видалені з екстраперикардального доступу. Для евакуації тромбів з великої атріальної частини (3,0 см і більше) був необхідний трансперикардальний підхід. Специфічних ускладнень, пов'язаних з доступом до правого передсердя з боку че-

ревної порожнини, зафіксовано не було. Обсяг інтраопераційної крововтрати варіював від 2500 до 5600 мл і становив у середньому $3220 \pm 1342,4$ мл.

Висновок. Результати нашої роботи продемонстрували здійсненність і безпеку трансплантативної методики тромбектомії без використання штучного кровообігу при пухлинних тромбах правого передсердя. За допомогою цієї хірургічної техніки можливе видалення великих атріальних тромбів. Найбільш важливими параметрами для прийняття рішення про використання даного хірургічного методу є вільна флоатація верхівки тромбу в просвіті передсердя і відсутність важкої серцевої недостатності у пацієнта.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БАГАТОРАЗОВИХ ТА ОДНОРАЗОВИХ ФІБРОСКОПІЧНИХ ЕНДОСКОПІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ КАМЕНЯМИ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

*С.О. Возіанов, В.В. Когут, Б.В. Джуран,
А.І. Сагалевич, Ф.З. Гайсенюк, Г.Ю. Ошека*

Вступ. Гнучка пієлокаліколітотрипсія – добре відомий метод серед фахівців. З одного боку, метод привертає до себе увагу своєю низькою травматичністю та морбідністю втручання, а з іншого – стримує складністю виконання та високою вартістю.

Матеріали та методи. Використання гнучкої багаторазової ендоскопічної техніки в клініках кафедри урології НМАПО ім. П.Л. Шупика розпочато з 2010 року. За цей час було виконано декілька сотень фіброскопічних операцій. Із 2018 року в нашій клініці розпочато використання одноразових фіброскопів Pusep, Китай. Виконано на сьогодні 48 оперативних втручань.

Результати. На нашу думку, основною проблемою багаторазових гнучких ендоскопів є по-

треба в надзвичайно бережливому використанні, що є проблемою не лише в період оволодіння методикою, а і в клінічно складних випадках. Водночас, одноразові ендоскопи Pusep дозволяють комфортно виконувати ті завдання, які є в тактиці лікування хворого. Особливо слід зазначити високу якість ендоскопічного цифрового зображення, добру іригацію завдяки широкому робочому каналу, відсутність необхідності стерилізації, що суттєво впливає на кількість післяопераційних запальних ускладнень та розповсюдження внутрішньолікарняної інфекції.

Висновки. На нашу думку, одноразові фіброскопічні ендоскопи Pusep мають чимало переваг, що дозволяє нам рекомендувати їх до використання та розглядати, як альтернативу багаторазовим гнучким ендоскопам.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ В УРОЛОГІЇ. ВПРОВАДЖЕННЯ ТА 5 РОКІВ ДОСВІДУ

*С.О. Возіанов, В.В. Когут, Б.В. Джуран,
А.І. Сагалевич, Ф.З. Гайсенюк, Г.Ю. Ошека*

Вступ. Впровадження лапароскопічних методів у хірургічну практику будь-якої спеціальності нині

є абсолютно логічним з огляду на загальносвітове прагнення до мініїнвазивності втручань.

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 діалектичного 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 тепловою 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 БАЛАНПОСТИТ З ОБЛІТЕРАЦІЄЮ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ УРЕТРИ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

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

Українська медична стоматологічна академія

Склерозуючий лишай вперше описаний А. 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 превалює 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 показано при неефективності терапії кортикостероїдами, прогресуючому фімозі, меатальному стенозі, стриктурі уретри, у випадках карциноми *in situ* та плоскоклітинного раку.

Наводимо клінічне спостереження: Висічення рубцевої тканини голівки, тіла статевого члена і облітерованої уретри з булакальною 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. Меатус замуруваний у рубцевій тканині, не пропускає кінчик «пуговчатого» зонду. При мікційній уретрографії дистальний відділ уретри візуалізується у вигляді тонкої смужки довжиною 30 мм і шириною 1 мм.

Під місцевою анестезією розчином лідокаїну 1%-вого – 10 мл, в який додано 0,1 мл адреналіну гідрохлориду, взятий фрагмент слизової щочки 25x40 мм.

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 впоперек на передній поверхні калитки у кореня статевого члена розсічена шкіра, утворений підшкірний тунель довжиною до 12 см та шириною до 6 см, у який переміщені скелетизовані голівка і частина тіла

статевого члена. Далі двома паралельними зигзагоподібними розтинами на калитці викроєна шкіра калитки, якою укрите 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

С.В. Головка

Національний військово-медичний клінічний центр МО України

Мета дослідження: вивчити роль середньої доли (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. Окрім 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.

АНАЛІЗ ПЕРИОПЕРАЦІЙНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ВІДКРИТОГО ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

*В.І. Зайцев, О.С. Федорук, І.І. Ілюк, К.А. Владиченко,
В.В. Візнюк, В.Т. Степан, М.С. Степанченко, В.С. Широкий*

Вступ. Варикоцеле – розширення вен сім'яного канатика та яєчка діагностується в 11,7% дорослих чоловіків та в 25,4% чоловіків з відхиленням спермограми. У 10,9% хворих на варикоцеле виявлено азооспермію. Це доводить беззаперечну актуальність вивчення даного захворювання в світлі програми чоловічого здоров'я та репродукції.

Матеріали та методи. З метою порівняння періопераційних показників вказаних методів оперативного лікування проведено дослідження 45 пацієнтів із діагнозом варикоцеле, які перебували на лікуванні в урологічному відділенні ОКЛ м. Чернівці станом на 2017–2019 роки. Вік хворих становив від 17 до 39 років ($25,11 \pm 4,62$). Варикоцеле зліва II ст. виявили у 40 (88,9%), III ст. – у 3 (6,7%), двобічне варикоцеле у 2 (4,4%). Усі хворі до операції були обстежені та розподілені на групи: група 1 (27 хворих) – виконана лапароскопічна варикоцелектомія, група 2 (18 хворих) – виконана операція Іванісевича. При обстеженні використовувались загальноклінічні методи обстеження та візуально-аналогова шкала болю (VAS).

Результати дослідження. Основними скаргами пацієнтів при зверненні були: біль (42,2%), безпліддя (44,5%), інші (13,3%). У хворих групи

під час оперативного втручання вдалося виділити від 1 до 5 вен ($2,61 \pm 0,97$), у хворих групи 2 виділено від 1 до 2 вен ($1,3 \pm 0,42$). Тривалість оперативного втручання групи 1 становила від 20 до 90 хв, ($45 \pm 16,11$), тривалість оперативного втручання групи 2 від 20 до 60 хв. ($34,44 \pm 6,75$). Кількість ліжко-днів групи 1 становила від 1 до 4 л.д ($2,44 \pm 1,01$), а групи 2 від 1 до 9 л.д ($4,48 \pm 1,87$). У ранньому п/о періоді показник шкали болю (VAS) склав для групи 1 від 1 до 4 балів ($2,61 \pm 1,03$), для групи 2 від 2 до 4 балів ($3,41 \pm 0,53$). Необхідність знеболення та а/б-терапії першої групи становила 11,1% та 0%, а другої групи становила 81,5% та 63% відповідно. У двох пацієнтів була виконана одночасна двобічна лапароскопічна варикоцелектомія.

Висновки. Таким чином, лапароскопічний метод оперативного лікування варикозно розширених вен сім'яного канатика має низку переваг: менша кількість ліжко-днів на 45,53%. Хворі не потребують а/б-терапії, та значно рідше потребують знеболення, а показник болю за VAS також менший. Крім того, при лапароскопічній операції виділено та перев'язано вірогідно більшу кількість вен, що зменшує ризик розвитку рецидиву захворювання. Та є можливість проведення одночасної двобічної лапароскопічної варикоцелектомії.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕУХЛ У ДІТЕЙ З СКХ

*С.О. Возіанов, О.О. Шевчук, В.О. Мазурець,
О.С. Возіанов, А.О. Юрах*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. ЕУХЛ є безпечним та ефективним методом лікування сечокам'яної хвороби у дорослих, і він може бути використаний для дітей, на думку деяких авторів.

На жаль, виробники літотрипторів не вказують параметри ЕУХЛ для дітей, тільки для дорослих пацієнтів. Метою даного дослідження було визначення оптимальної кількості та інтен-

сивності ударів при ЕУХЛ каменів нирок та сечоводів у дітей.

Матеріал та методи. Нами було обстежено конкременти нирок та сечоводів у 75 дітей, що склали основну групу. До таких випадків належать: 27 каменів, ліквідованих під час відкритого хірургічного втручання (пієлолітомія, уретеролітомія), 25 фрагментованих ка-

менів після ЕУХЛ і 23 випадки СКТ у дітей з СКХ. Ефективність і безпеку запропонованих параметрів оцінювали при лікуванні 347 дітей, яким виконано ЕУХЛ в ДУ «Інститут урології НАМН України» з 2008 до 2019 р. Контрольну групу склали 75 дорослих пацієнтів віком від 20 до 60 років із каменями нирок та сечоводів розміром від 0,6 см до 1,8 см ($1,2 \pm 0,21$ см). Усім пацієнтам ЕУХЛ виконувалось на літотрипторі Siemens Modularis.

Результати. КТ-денситометрія показує, що у дітей значно менша щільність каменів ($205-663$; 434 ± 154 НУ) порівняно з дорослими пацієнтами ($186-1567$; 867 ± 348 НУ). Щільність каменів у IV групі була ближча до щільності дорослих каменів ($525-663$; 637 ± 37 НУ), ніж інші групи. 27 каменів, видалених у дітей шляхом відкритої хірургії, піддавали ЕУХЛ у штучних контейнерах, занурених у нативну сечу, намагаючись імітувати природні умови. Усі камені добре фрагментувались при меншій енергії. Ці дані свідчать, що застосування зниженої енергії та меншої кількості імпульсів є ефективними

при лікуванні дітей з СКХ. 347 дітям з каменями нирок та сечоводів виконано ЕУХЛ з застосуванням цих параметрів. Розмір каменів у сечовивідних шляхах складав: у нирці від 0,7 до 2,5 см (у середньому $1,45 \pm 0,37$ см), у сечоводі від 0,6 до 1,7 см (у середньому $1,15 \pm 0,18$ см). Фрагментація каменів була виявлена у всіх 347 випадках (100%). Повна фрагментація була проведена у 328 (94,5%) пацієнтів, часткова фрагментація яких спостерігалася у 19 (5,5%) випадках. Не виявлено жодного випадку гематоми. 75 дорослих пацієнтів (20–60 років) пройшли ESWL з параметрами, рекомендованими виробником. Повна фрагментація була виявлена у 57 (76%) пацієнтів, часткова фрагментація спостерігалася у 15 (20%) і ніякої фрагментації не було у 3 (4,0%) пацієнтів.

Висновок. ЕУХЛ є ефективним методом лікування дітей з каменями нирок та сечоводів. Конкременти у дітей мають більш низьку щільність, ніж у дорослих пацієнтів, що дає можливість застосовувати меншу енергію та кількість ударів.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ НИРОК ДО ТА ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ НИРОК

*В.В. Білоголовська, В.М. Григоренко, А.М. Романенко,
Л.В. Перета, О.О. Банос*

Вступ. Використання нових алгоритмів ультразвукових досліджень (УЗД) з доплерографією та одночасним співставленням цих даних при проведенні морфогістологічного аналізу сприяє покращенню діагностики новоутворень та розумінню ступеня агресивності даного процесу та виявлення пухлин нирки на ранніх стадіях їх розвитку.

Мета дослідження: визначити відповідність ультрасонографічних та морфологічних змін новоутворень нирки залежно від їх розмірів, з оцінкою функціонального стану паренхіми до та після органозберігаючого оперативного лікування.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 115 хворих із новоутвореннями нирки, яким виконано органозберігаючі оперативні втручання – резекція органа з пухлиною. Середній вік хворих складав $56,04 \pm 1,74$ року (24–79). Середній розмір пухлин у 11 (8,7%) випадках був від 2,1

до 3,0 см, у – 79 (90,8%) від 3,1 до 4,0 см, у – 19 (21,9%) – від 5,0 до 7,0 см, у – 6(5,2%) – від 7,2 до 8,8 см. УЗД нирок здійснювалось на системі експертного рівня XARIO (TOSHIBA).

Результати. Середній період спостереження хворих становив $5,0 \pm 1,6$ року.

Зі зростанням розмірів новоутворення, незалежно від його природи, патологічна судинна система набуває ознак агресивності, за рахунок розвитку нових судин, збільшення їх діаметра та кількості. Живлячі судини в новоутвореннях розмірами від 2,0 см були одинарними та мали діаметр $0,14 \pm 0,2 - 0,2 \pm 0,2$ см ($V_{max} 27,3-31,1$ см/с, $IR - 0,65 \pm 0,05$ (0,65–0,69)). Із прогресуванням пухлини – від 3,0 до 4,0 см, кількість живлячих судин зростає до 2–4, діаметр їх збільшується відповідно до росту утворення від $0,34 \pm 0,2$ до $0,36 \pm 0,2$ см ($V_{max} 51,5 \pm 0,4$ (48,3–54,5) см/с, $IR - 0,75 \pm 0,05$ (0,67–0,79)).

При розмірах пухлини більше 4,0 см, діаметр живлячих судин був відповідно $0,45 \pm 0,2$ см – $0,47 \pm 0,2$ см ($V_{\max} 5,8 \pm 0,4$ ($51,9-61,5$) см/с, $IR - 0,79 \pm 0,05$ ($0,72-0,80$)).

При великих розмірах пухлини патологічні судини набувають вигляд розгалужених масивних гілок або сітки, що охоплює пухлину по зовнішньому контуру та супроводжується зростанням показників швидкості кровоплин, і визначається як ознака агресивності новоутвореного судинного конгломерату. Зі збільшенням об'єму новоутворення травмує здорову тканину паренхіми ураженої нирки, а з часом порушує її функціональну спроможність та, певним негативним чином, впливає на роботу контралатеральної нирки.

Морфологічно, зі збільшенням розміру пухлини (3,1 см) прогресував ангиогенез, відмічалось утворення кіст або зон некрозу, артеріо-венозних мальформацій, пошкодження капсули.

Після видалення пухлин (14-та–21-ша доба) в зоні післяопераційного сегмента прослідковувалась активна відновна васкуляриза-

ція на рівні сегментарних судин встановлена при КДК, покращувались показники паренхіматозного кровоплину в прооперованій нирці: $V_{\max} 43,1 \pm 0,4$ см/с та $IR 0,69 \pm 0,2$ ($p \leq 0,5$), в контралатеральній нирці $V_{\max} 41,3 \pm 0,2$ см/с та $IR 0,67 \pm 0,2$ ($p \leq 0,5$).

Середні значення V_{\max} на рівні магістральних судин в прооперованій нирці були $93,0 \pm 0,5$ см/с, суттєво знижувався $IR - 0,68 \pm 0,04$ ($p \leq 0,5$). Відповідно в неушкодженій нирці зазначені показники були наступними $V_{\max} 100,2 \pm 0,4$ см/с та $IR 0,65 \pm 0,30$ ($p \leq 0,5$).

Через 4–5 років спостереження рецидивів захворювання в досліджуваній групі не було.

Висновки. При розмірах пухлини (3,1 см), незалежно від її природи, змінюється як УЗ, так і морфологічна картина, що проявляється варіантом судин, крововиливами, формування кісти, ділянок некрозу, артеріо-венозної мальформації, збільшується кількість живлячих судин та їх діаметр, змінюються показники паренхіматозного кровоплину нирки в прилеглих сегментах до новоутворення в сторону пригнічення.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТА РАДІОНУКЛІДНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.М. Григоренко ¹, О.В. Щербіна ², С.С. Волков ¹, Р.О. Данилець ¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Лікувальна тактика місцево-розповсюдженого та генералізованого РПЗ потребує індивідуалізованого та мультимодального підходу до ведення хворого.

Мета дослідження: покращити якість надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ шляхом оцінки віддалених результатів ефективності різних схем та режимів ГТ, а при наявності множинних метастазів у кістки скелета – в комбінації з радіонуклідно-медикаментозною терапією.

Матеріали і методи. У дослідження увійшли 246 хворих на РПЗ. У залежності від призначеної схеми ГТ було сформовано 5 груп. Перша – ципротерон ацетат (51 хворий). Друга – аналог ЛГ-РГ (34 хворих). Третя – флутамід у стандартній дозі (88 хворих). Четверта – флутамід у редукованій дозі (26 хворих). П'ята – низькодозова естроген-антиандрогенна терапія

(HEAT) – 47 хворих. Найближчі результати лікування оцінювались через 3 та 6 міс. Середній час спостереження склав $44,0 \pm 1,8\%$, $58,7 \pm 2,3\%$, $61,8 \pm 3,3\%$, $73,4 \pm 6,8\%$ та $69,2 \pm 5,7\%$ відповідно. 27 хворих з множинними метастазами в кістки скелета отримували комплексну гормональну та радіонуклідно-медикаментозну терапію по схемі: ^{89}Sr (150 МБк), бікалутамід, золедронова кислота, кальцемін. Тривалість лікування склала 6,5 міс., оцінку ефективності лікування і якості життя якої проводили за допомогою остеосцинтиграфії, МРТ, визначення рівня ПСА, а також за шкалою Карновського та бальною системою анальгезуючого ефекту і болю.

Результати. В усіх групах відмічалось зниження інтенсивності скарг, покращення урофлоуметричних показників, зменшення об'єму ПЗ, зниження рівня ПСА. Достовірної різниці між

групами відмічено не було. У хворих четвертої та п'ятої груп вдалося досягти достовірного зменшення частоти побічних проявів.

При оцінці віддалених результатів – загальної, канцерспецифічної виживаності та виживаності в залежності від наявності метастазів, вихідного рівня ПСА, диференціації пухлини за шкалою Глісона, достовірної різниці між групами виявлено не було. ($p > 0,05$).

У хворих, які отримували ГТ та радіонуклідно-медикаментозну терапію вдалося покращити якість життя, тривалість безбольової ремісії,

рухову активність, відсутність патологічних переломів.

Висновки. Значна варіативність різних режимів ГТ дозволяє розробити індивідуалізований підхід до паліативного лікування хворих на РПЗ.

Редукція дози флутаміду, лікування в режимі HEAT має переваги у вигляді зменшення частоти побічних явищ при незмінних показниках виживаності. Застосування радіонуклідно-медикаментозної терапії в комбінації з ГТ – це ефективний спосіб системного лікування хворих на РПЗ з множинними метастазами в кістки скелета.

ПОШИРЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ СЕРЕД ЖІНОК ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Н.О. Сайдакова¹, О.І. Яцина², Г.Є. Кононова¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Національний інститут раку

Вступ. Проблема розладів сечовипускання, в тому числі у жінок, визнана актуальною у всьому світі, що пов'язано з відомими медико-соціальними її аспектами. Вирішення її виходить за рамки медичної галузі, що також обумовлює потребу виявлення реальних масштабів поширеності патології. Відсутність такої інформації в даних офіційної статистики, обмеженість її за даними результатів фрагментарних досліджень обґрунтували необхідність проведення соціологічного опитування з цією метою.

Матеріали та методи. Проводився аналіз 19094 анкет, що склали 63,6% від 30.000, які були запропоновані дорослому жіночому населенню різних регіонів України. Одним із питань, спеціально розробленої анкети, було, при бажанні респондентом, підтвердити чи спростувати факт наявності у них різновидів розладів сечовипускання. Аналізувались абсолютні та відносні величини; розраховувались середні значення з їх похибкою, при необхідності встановлення відмінності сукупностей, використовували критерії Стьюдента.

Результати та їх обговорення. Виявлено високий відсоток анкет, що не увійшли в подальше опрацювання. Передусім, 7306 респондентів (24,4%) відмовились від зворотного зв'язку, ще 3600 (12,0%) анкет мали низьку інформаційну значимість. Таке положення оці-

нюємо як підтвердження поширеного серед жіночого населення менталітету. Встановлено, що у жінок старше 18 років розлади сечовипускання спостерігаються у 52,0% випадках. Підтверджено їх зростання з віком: серед жінок 50–59 років відсоток випадків становить 57,6%, на 25% показник зростає в наступне десятиріччя (до 72,0% і досягає 80,7% після 70 років). Виявлено, що серед жінок до 30 років розлади сечовипуску спостерігалися у 69,9% випадках (у 260 із 372), що обґрунтовує зазначений віковий період віднести до фактора ризику.

Простежені особливості поширеності розладів сечовипуску за місцем проживання: серед міських показник становив $56,4 \pm 0,5\%$, серед сільських жителів – $47,0 \pm 0,5\%$; $p < 0,05$.

Виявлено соціальний вектор опитаних жінок: переважна більшість мала середню ($39,2 \pm 0,4\%$) та вищу ($32,7 \pm 0,3\%$) освіту, були заміжніми (70,7%) 53,3% мала 2–3 дітей, переважали в структурі пенсіонери (33,4%) та домогосподарки (28,5%).

Висновок. Об'єктивізовано підтверджена актуальність інформаційно-просвітницької роботи, від масштабності, доступності, змістовності та якості якої залежить раннє виявлення патології, розуміння необхідності своєчасного звернення до лікаря та адекватне лікування.

ЦИСТИТ У ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ

Н.О. Сайдакова ¹, О.В. Шуляк ¹, Л.М. Старцева ¹,
Г.Є. Кононова ¹, В.І. Гродзінський ²

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Вступ. Здоров'я дитячого населення є основним маркером соціально-економічного розвитку країни, її спроможності та благополуччя в цілому. Воно визначається особливістю захворюваності, поширеності серед дітей хвороб з частим, рецидивуючим перебігом, що призводять до несприятливих наслідків. Метою даної роботи стало відображення даного аспекта з точки зору урологічної патології. Цистити складають таку проблему, оскільки, крім вказаних ознак, що є джерелом висхідної інфекції, і спричинює розвиток пієлонефриту. Реальність ситуації актуалізує проблему їх профілактики.

Матеріали та методи. Робота базується на даних державної і галузевої статистичної звітності медичних закладів МОЗ України та Державної служби статистики України (форма № 12). Представлена 5-річна (2013–2017 рр.) динаміка захворюваності та поширеності циститу з урахуванням статі серед різних вікових груп дітей України, в тому числі його хронічної форми. Аналізувались середні величини з їх похибкою, темп приросту (зниження) показників; при необхідності, критерій Стьюдента для доведення різниці порівнювальних величин.

Результати та їх обговорення. Важливою передумовою є факт скорочення народжуваності в Україні з 11,1 у 2013 р. до 9,4 у 2017 р. (на 15,3%), а також зменшення чисельності дитячого населення (на 4,5%) практично за рахунок

підлітків (на 25,0%). У 2017 році на облік перебувало понад 23 тис. дітей хворих на цистит, що складає 0,3% від загальної їх кількості; при цьому серед підлітків показник утричі більший, ніж у віковій групі дітей 0-14 років (0,7 проти 0,24 відповідно). Особливість проявляється не тільки перевагою у дітей 15-17 років як рівнів захворюваності так й поширеності, порівняно з дітьми віком 0-14 років (6,35 проти 2,29 та 6,64 проти 2,43 відповідно). Крім того, спостерігається суттєвий приріст показників – за 5 років на 30,0% та 26,2% відповідно на тлі їх зниження серед дітей 0-14 років (на 2,3% та 2,4% відповідно). Потребує уваги також подібність динаміки хронічного циститу: зростання рівнів захворюваності (на 30%), поширеності (на 10,8%) серед підлітків при стабільних показниках захворюваності (0,04) та зменшення рівнів поширеності (на 5,0% до 0,17). Найбільш небезпечним і, водночас, найбільш поширеним хронічний цистит є для дівчат. Їх питома вага перебуває в межах 81 – 85% та інтенсивніше зростає серед підлітків.

Висновки. Отримані дані підтверджують актуалізацію організації профілактики, адекватної спеціалізованої допомоги дітям з циститом, що потребує міждисциплінарного підходу та залучення засобів масової інформації, особливо з огляду на визначену при дослідженні групи ризику дітей віком 15-17 років.

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРНОСТІ ВРОДЖЕНИХ ВАД НИРОК СЕРЕД РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Н.О. Сайдакова ¹, О.В. Шуляк ¹, Л.М. Старцева ¹,
С.П. Дмитришин ², Г.Є. Кононова ¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вступ. Вроджені вади нирок відносяться до важливого напрямку клінічної урології з огляду не тільки в потребі своєчасного їх вияв-

лення і, при необхідності, відповідної хірургічної корекції, але й з точки зору наявності реальних умов виникнення у них ускладнень, що

можуть привести до стійкої втрати працездатності. Тому володіння складом осіб з такою патологією у віковому та регіональному аспектах є об'єктивним підґрунтям для планування дійових, конкретних заходів щодо активного спостереження з метою попередження їх розвитку.

Матеріали та методи. В роботі проаналізовані за 5 років (2013–2017 рр.) показники захворюваності, поширеності вроджених вад нирок серед різних вікових верств населення (дорослих, дітей 0–14 та 15–17 років). Оцінювалась ситуація як в цілому по Україні, так і враховувались регіональні аспекти. Первинним матеріалом були дані офіційної звітності; вивчалась Форма № 12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу». При дослідженні динаміки використовувались інтенсивні показники, які подавались в розрахунку на 10 тис. відповідного населення; а також абсолютний приріст (зниження), темп приросту (зменшення), застосовувався системний підхід, аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що в Україні кількість дорослого населення з вродженими вадами нирок за п'ять років стала меншою лише на 7,3% і у 2017 р. на обліку перебувало 18 685 осіб. Показник поширеності в розрахунку на 10 тис. нас. практично не змінився (5,37 проти 5,39 у 2013 р.). Водночас, суттєвої позитивної динаміки набула захворюваність, її рівні зменшились на 31,7% і становили у 2017 р. 0,28 проти 0,41 у 2013 р. (на 10 тис.). Кількість хворих з вперше встановленим діагнозом також зазнала подібних змін і їх стало в 1,5 рази менше (979 проти 1527 відповідно). Зазначене свідчить, що в країні близько 20 тис. осіб зареєстровано з вродженими вадами нирок і ця величина стабільна протягом 5 років. При зменшенні захворюваності складається несприятли-

ва ситуація, оскільки такі пацієнти відносяться до групи ризику в плані виникнення ускладнень, частіше інфекційно-запального процесу, і стають причиною втрати органа. Виявлено, що щорічно в структурі нефректомії до 3% належить даній патології. Проблемність питання зростає за результатами аналізу показників поширеності та захворюваності на вроджені вади нирок серед різних вікових груп дитячого населення. Важливими виглядають дані щодо стабільності поширеності серед дітей, як 0–14 років так й підлітків, проте з перевагою їх величин серед останніх (21,0 та 28,8 на 10 тис. відповідно). Наведена інформація, разом із незмінними значеннями рівнів поширеності серед дорослого населення, опосередково вказують, що в країні буде продовжуватись накопичення хворих з вродженими вадами нирок, а значить підвищуватись загроза зростання нефректомії, а звідси осіб з інвалідністю. Найбільш несприятливою виглядає картина в Житомирській, Херсонській, Харківській, Хмельницькій, Кіровоградській, Чернівецькій, Чернігівській областях. Виникає необхідність ретельного вивчення шляхів забезпечення вказаного контингенту активним реальним динамічним спостереженням, можливим оздоровленням та максимальними заходами профілактики розвитку у них ускладнень.

Висновок. Динаміка поширеності вроджених вад нирок серед різних вікових груп населення України (дорослого, дітей 0–14 та 15–17 років) свідчить про практичну стабільність її показників при незначній тенденції до зменшення рівнів захворюваності. Накопичення даної категорії пацієнтів в країні, що буде продовжуватись створює несприятливу ситуацію і потребує клініко-організаційних заходів покращення якості надання їм оздоровчо-профілактичних, лікувальних заходів. Регіональний підхід при цьому є найбільш перспективним.

РАДИКАЛЬНА ЦИСТЕКТОМІЯ ТА ЛІМФАДЕНЕКТОМІЯ У ПАЦІЄНТА З ТАЗОВОЮ ДИСТОНІЄЮ ЛІВОЇ НИРКИ

*В.П. Стусь¹, В.М. Краснов^{1,2}, С.І. Карпенко¹,
І.А. Осінній², М.Ю. Поліон^{1,2}, С.А. Дяговець²*

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова»

Вступ. Частота тазової дистопії нирок приблизно дорівнює від 1:2200 до 1:3000. Ектопічна нирка вважається не більш чутливою до

захворювань, ніж нормально розташована нирка. Внаслідок більшого ризику пошкодження аберантних судин або надмірних органів черев-

ної порожнини і нервів, нирка таза викликає особливі виклики лікування.

Мета дослідження: описати наш досвід і труднощі під час радикальної цистектомії при м'язово-інвазивному раку сечового міхура у пацієнта з «тазовою» ниркою.

Матеріали і методи дослідження. 71-річний чоловік госпіталізований з макроскопічною гематурією. Курець — 77 пачко-років, ІМТ — 24,5. Комп'ютерна томографія показала пухлину сечового міхура і ектопічну (тазову) ліву нирку. Трансуретральна біопсія показала м'язово-інвазивну уротеліальну карциному, G2. Пацієнту виконана радикальна цистектомія зі стандартною лімфаденектомією та з деривацією сечі за Брікером.

Результати. Під час КТ діагностовано «тазову» ліву нирку. Змінені судини та коротка довжина сечоводу обумовили технічні труднощі при радикальній цистектомії. Лімфаденектомія була першим кроком після входу в таз. Для того щоб приступити до радикальної цистектомії, було проведено ретельне виділення ектопічних судин нирок і належну мобілізацію нирки. Хоча лівий сечовід був досить коротким, його довжина до-

пускала анастомоз до клубової кишки тільки на лівій стороні без натягу. Обидва сечоводи були спатувльовані на 0,5–1 см, а анастомози виконані на катетерах СН 10.

Обговорення. З літератури відомі поодинокі випадки радикальної цистектомії при наявності «тазової» нирки. Важливо зберігати судинну систему нирки під час лімфаденектомії та її мобілізацію для виконання цистектомії. Ілеальний кондуїт є, мабуть, найбільш безпечним варіантом для того, щоб мати вільний від напруги анастомоз сечоводів у випадку «тазової» нирки. Особливості цієї аномалії були пояснені пацієнтові і після обговорення він обрав ілеальний кондуїт.

Висновки. «Тазова» нирка є найбільш поширеним явищем ектопії нирок. Різна довжина сечоводу, змінена васкуляризація, а також зміни анатомії в порожнині тазу є основними труднощами, що виникають під час радикальної цистектомії при м'язово-інвазивному раку сечового міхура. Це перший випадок, який описує радикальну цистектомію при м'язово-інвазивній уротеліальній карциномі сечового міхура у поєднанні з «тазовою» ниркою в Україні.