

болевания. Вскрытие кист дает кратковременный эффект и оправдано в случае возникновения абсцесса в их просвете.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

К нам обратились за медпомощью 25 пациенток в возрасте от 18 до 79 лет с длительностью заболевания от 6 мес до 30 лет. Большинство пациенток были направлены гинекологом. При поступлении они предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования у входа во влагалище, что приводило к болезненному половому акту. Пациентки отмечали также дизурические расстройства, недержание мочи, реже – затрудненное мочеиспускание. Во всех случаях пациенткам выполнена радикальная кистэктомия. Т-образным или двумя полуовальными разрезами рассекают слизистую оболочку передней стенки влагалища до стенки кисты. Края разреза захватывают зажимами, острым и тупым путем выделяют кисту из окружающих тканей вплоть до хирургической ножки. Производят кистэктомию. Чтобы избежать повреждения мочеиспускательного канала или мочевого пузыря, перед операцией в мочевой пузырь вводят эластический катетер Нелатона. Ложе кисты ушивают кап-

роновыми швами, избыток слизистой оболочки влагалища резецируют и ушивают кетгутowymi или викриловыми нитями. В мочевой пузырь устанавливают постоянный уретральный катетер Фолея на 3–4 дня. Тампонада влагалища марлевой салфеткой на 1–2 дня. При наличии у пациентки везикоцеле – выполняли переднюю кольпоррафию с проленовой сеткой. Операции выполняли под внутривенным наркозом, осложнений во время операции и в послеоперационный период не отмечено.

При динамическом наблюдении за пациентками в послеоперационный период рецидива уретровлагалищных кист не обнаружено. Жалобы, предъявляемые пациентками в предоперационный период, среди которых основное место занимала сексуальная дисгармония, исчезли.

ВЫВОДЫ

1. С целью раннего выявления уретровлагалищных кист у пациенток с дизурическими расстройствами и другими жалобами, характерными для патологии органов малого таза, показан осмотр на кресле у гинеколога и уролога 2 раза в год.
2. При выявлении уретровлагалищных кист пациенткам рекомендуется оперативное лечение.

Сравнительная оценка нового способа графтинга белочной оболочки полового члена при болезни Пейрони

С.Н. Шамраев, И.А. Бабюк, С.Г. Ермилов

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины»

Цель исследования: изучить и сравнить эффективность различных способов замещения дефекта белочной оболочки при хирургическом лечении пациентов с фибропластической индукцией полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 91 больного в возрасте от 42 до 73 лет, которые были оперированы в клинике урологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за период с 1997 по 2013 г. по поводу фибропластической индукции полового члена. Иссечение бляшек белочной оболочки и графтинг дефекта белочной оболочки (без эндофаллопротезирования) выполнено у 79 (86,8%) пациентов, у 12 (13,2%) пациентов проведено эндофаллопротезирование с покрытием дефекта резецированной бляшки. Графтинг белочной оболочки полового члена свободным депитализованным кожным лоскутом (по Аустони) выполнен у 36 (45,6%) пациентов, вошедших в 1-ю группу исследования. Покрытие дефекта гетеротрансплантатом из биологического комплекса Коллост произведена у 38 (48,1%) – 2-я группа. Пяти (6,3%) пациентам, вошедшим в 3-ю группу, покрытие дефекта проводили аутовенозным лоскутом из *v.dorsalis penis*. Давность заболевания колебалась от одного года до четырех лет. Все пациенты до хирургического вмешательства получали консервативное лечение длительностью от 6 мес до 2 лет, которое оказалось неэффективным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Период наблюдения за пациентами составил от 9 месяцев до 14 лет. Полную эректильную функцию восстанови-

лась на 4-й месяц у 30 (83,3%) пациентов 1-й группы, у 37 (97,4%) пациента 2-й группы и 5 (100%) – 3-й группы. Осложнения после хирургического вмешательства в ранний послеоперационный период мы наблюдали у 3 (8,3%) больных 1-й группы. В одном наблюдении (2,7%) имел место некроз головки полового члена вследствие интраоперационного повреждения дорзальной артерии. В 2 (5,5%) наблюдениях диагностирован рецидив курваты полового члена. Один мужчина (2,7%) имел прогрессию заболевания вследствие нового фокуса индукции белочной оболочки. Другой пациент (2,7%), у которого наблюдалась рубцовая контрактура полового члена вследствие некроза кожи, в последующем перенес скротопластику по Райху. Статистический анализ показал достоверное различие ($P < 0,05$) отдаленных результатов между 1-й и 2-й группами пациентов. На последнем осмотре хорошие результаты констатированы у 20 (55,6%) пациентов 1-й группы, 37 (97,4%) пациентов 2-й группы и у 5 (100%) пациентов 3-й группы. Анализируя результаты хирургического лечения внутри каждой из групп, установлено достоверное снижение показателей ($P < 0,05$) в 1-й группе и отсутствие достоверных различий во 2-й группе, пациенты 3-й группы из-за ее малочисленности в статистическом анализе не участвовали.

ВЫВОДЫ

Использование гетеротранспланта (Коллост) и аутовенозного лоскута для замещения дефекта белочной оболочки, в сравнении с аутодермопластикой белочной оболочки, при хирургическом лечении пациентов с фибропластической индукцией полового члена, позволяет добиться лучшего функционального и косметического результата.