

# Монополярная энуклеорезекция предстательной железы: первый опыт

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, Д.Н. Шамраева  
ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

**Цель исследования:** оценка непосредственных результатов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) методом трансуретральной монополярной энуклеорезекции.

**Материалы и методы.** Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 43 мужчин с ДГПЖ в ГУ «Институт урологии НАМН Украины» методом монополярной трансуретральной энуклеорезекции в период с января 2016 по март 2018 г. Трансуретральная энуклеорезекция ПЖ монополярной петлей является одним из начальных методов лечения в спектре эндоскопических технологий, позволяющих удалять аденому больших размеров, однако не получивший дальнейшего применения в клинической практике ввиду длительной кривой обучения для хирургов.

Суть метода сводится к «холодному» вылушиванию гиперплазированной ткани в пределах хирургической капсулы ПЖ, что позволяет коагулировать сосуды на «протяжении», тем самым снижая риск интраоперационного кровотечения. Операцию выполняли, используя обычный петлевой электрод для монополярной резекции толщиной 0,35 мм. Создавали круговой надрез слизистой оболочки в области наружного сфинктера мочеиспускательного канала, отступив от него на 3–5 мм с обеих сторон по периметру. С помощью тубуса резектоскопа в качестве толкателя отодвигали гиперплазированную ткань тупо от хирургической капсулы по направлению от наружного сфинктера мочеиспускательного канала к шейке мочевого пузыря и проводили резекцию гиперплазированной ткани монополярной петлей. При этом стремились разделить весь объем ткани на три блока: центральный – от 5 до 7 ч условного циферблата, левый – от 5 до 12 ч условного циферблата против часовой стрелки, правый – от 7 до 12 ч условного циферблата по часовой стрелке. Оставляли вылущенную дистальным концом резектоскопа гиперплазированную ткань ПЖ на тканевом мостике в области шейки мочевого пузыря (в виде «гриба») в бескровном хирургическом поле. Выполняли резекцию ткани как в антеградном, так и в ретроградном направлении для ускорения процесса резекции ткани. В процессе диссекции также проводили коагуляцию сосудов хирургической капсулы.

**Результаты.** Возраст больных варьировал от 59 до 82 лет. Операцию проводили под спинальной анестезией. Время операции варьировало от 65 до 160 мин и в среднем составило  $110,3 \pm 4,8$  мин. Кровопотеря в среднем составляла

$52,5 \pm 3,9$  мл. Средний койко-день – в  $6,4 \pm 1,7$  сут. Период уретрального дренирования мочевого пузыря составил в среднем  $5,5 \pm 0,6$  сут. До хирургического вмешательства сумма баллов международного опросника I-PSS составила в среднем  $30,8 \pm 0,9$ ; индекс качества жизни –  $5,6 \pm 0,4$  балла; среднее значение до операции максимальной объемной скорости мочеиспускания составило  $5,4 \pm 0,2$  мл/с; объем ПЖ, который определяли по формуле Terris-Stamey (1991), в среднем был равен  $68,5 \pm 5,3$  мл; количество остаточной мочи в среднем составило  $78,2 \pm 23,4$  мл, обструктивные симптомы нижних мочевых путей присутствовали у всех пациентов исследуемой группы.

Следует отметить, что трем мужчинам (6,9%) операцию проводили по причине рецидивной ДГПЖ (в анамнезе больных была чреспузырная аденомектомия), у 1 (2,3%) больного был диагностирован камень мочевого пузыря, первым этапом ему проводили контактную цистолитотрипсию. Семерым пациентам, которые поступили с острой задержкой мочи, дренирование мочевого пузыря в предоперационный период проводили: эпицистостомой – двум пациентам (4,6%), уретральным катетером Фоли – пяти (11,6%) мужчинам. Кровотечений, ранений внутренних органов, перфораций мочевого пузыря не выявлено. У одного пациента (2,3%) в послеоперационный период возник стеноз шейки мочевого пузыря (Clavien IIIa), что потребовало проведения ТУР шейки мочевого пузыря.

Результаты оперированных больных были изучены через 3 мес. Показатель международного опросника составил в среднем  $7,2 \pm 1,1$  балла; индекс качества жизни –  $2,3 \pm 0,4$  балла; максимальный поток мочи –  $20,7 \pm 4,7$  мл/с, объем остаточной мочи не превышал 40 мл. Случаев недержания мочи не наблюдали ни у одного из пациентов. У всех больных отсутствовала дилатация верхних мочевых путей.

**Заключение.** Первичная эффективность трансуретральной энуклеорезекции предстательной железы (ПЖ) при среднем объеме (от 50 до 100 мл) составила 96,4%. Стеноз шейки мочевого пузыря с обструктивным мочеиспусканием – 2,3%, что сопоставимо с данными мировой литературы.

Считаем необходимым накопление опыта трансуретральной энуклеорезекции ПЖ, особенно ее выполнение при объеме 100–150 мл ввиду меньшей травматичности вмешательства, меньшей кровопотери, меньшего времени операции и периода восстановления мочеиспускания.

# Сравнительная оценка применения различных видов открытой уретропластики при длинных стриктурах и облитерациях мочеиспускательного канала

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, Д.С. Шамраева  
ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

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

**Материалы и методы.** Ретроспективно оценены результаты открытых уретропластик у 94 пациентов за период 2003–2017 г. Пациенты были разделены на четыре группы: 1-я группа – аугментационная буккальная уретропластика – 19 (20,3%), 2-я группа – уретро-уретро- или уретро-простатоанастомоз – 40 (42,5%), 3-я группа – заместительная пластика кожно-фасциальным лоскутом – 11 (11,7%), 4-я группа – заместительная буккальная уретропластика – 24 (25,5%).

**Результаты.** Средняя длина стриктуры мочеиспускательного канала составила в 1-й группе 4,6±0,5 см; во 2-й группе – 2,3±0,6 см; в 3-й группе – 3,6±0,5 см и в 4-й группе

– 7,2±0,9 см. Средний период восстановления самостоятельного мочеиспускания составил: в 1-й группе – 17,8±0,5 сут, во 2-й группе – 16,9±0,8 сут; в 3-й группе – 19,2±1,3 сут и в 4-й группе – 17,0±1,6 сут. Осложнения в ранний период (до 30 сут): острая задержка мочеиспускания – у 6 (6,4%) пациентов, орхоэпидидимит – у 11 (11,7%), промежностный затек – у 3 (3,2%) больных. В отдаленный период зафиксированы рецидив стриктуры – у 8 (8,5%), эректильная дисфункция – у 20 (21,3%) пациентов.

**Заключение.** Хороший результат отметили у 81 (86,2%) больных. Плохой – у 8 (8,5%), сомнительный – у 5 (5,3%). Общая эффективность составила 95,6% при среднем периоде наблюдения 12,2±3,1 мес.

**Ключевые слова:** мочеиспускательный канал, приобретенные стриктуры/облитерации, хирургическое лечение, открытая уретропластика.

# Геріатричні аспекти оцінювання когнітивних розладів у пацієнтів після проведення ваполяризації передміхурової залози за допомогою LTB-180-Watt-XPS®-зеленого лазера при гіперплазії передміхурової залози

R. Maykan, A. Wiedemann

Урологічна клініка міста Віттен, м. Віттен, Німеччина  
Віттенський приватний університет, Гердеке, Кафедра геріатрії, м. Віттен, Німеччина

**Мета дослідження:** чи виникають когнітивні порушення після проведення оперативного втручання за допомогою LTB-180-Watt-XPS®-зеленого лазера (GLL) при гіперплазії передміхурової залози?

**Матеріали та методи.** З вересня 2012 до грудня 2013 року у 114 пацієнтів, які отримували GLL у передопераційний і післяопераційний період (на 2-й день) було проведено оцінювання когнітивних змін за допомогою шкали оцінювання психічного статусу (MMSE) і тесту за допомогою годинника (UT). Були враховані наступні параметри: зміни гемоглобіну, гематокриту, натрію, креатиніну, об'єм передміхурової залози, тривалість операції та форма анестезії.

**Результати.** Середній вік пацієнтів становив 74,5 року, середній об'єм передміхурової залози – 46,54 мл, середній період операції – 45,75 хв. Різниця між передопераційним та післяопераційним MMSE становила 0,61±1,66 бала; тест за допомогою годинника – 0,44±1,46 бала. Отже, зміни у когнітивному статусі не виявлені. Були встановлені зміни рівня гемоглобіну – 0,50±1,04 г/л, гематокриту – 1,34±3,41% та

креатиніну – 0,03±0,27. Результати за параметрами, які були отримані у післяопераційний період, а саме: MMSE, тест за допомогою годинника, Hb і гематокрит були статистично достовірними (p<0,05), але клінічно не релевантними. Аналіз підгрупи передопераційних значень MMSE засвідчив, що у пацієнтів з обмеженням когнітивного статусу <23,78 часто у післяопераційний період розвивалося погіршення когнітивного статусу, ніж у пацієнтів із значенням >23,7 (30,0 проти 19,1%)

**Заключення.** Зміни когнітивного статусу після оперативного втручання за допомогою LTB-180-Watt-XPS®-зеленого лазера не виявлені за результатами Mini-Mental State Examination, за допомогою тесту з годинником також не встановлені.

Вплив LTB-180-Watt-XPS®-зеленого лазера не призводить до змін когнітивного статусу, але передопераційне оцінювання когнітивного статусу важливе для виявлення потенційного погіршення стану. Геріатричне оцінювання важливе для виявлення цих пацієнтів.

# Трансобртураторные слинговые операции, позадилобковая везикопексия и введение объемообразующих агентов в лечении стрессового недержания мочи у женщин

С.А. Возианов, С.Н. Шамраев, М.А. Ридченко, Д.Н. Шамраева  
 ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

**Цель исследования:** оценка непосредственных результатов современных методов хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

**Материалы и методы.** Ретроспективно оценены результаты хирургического лечения 67 женщин со СНМ в период с 2013 по 2018 г. Была использована база данных двух клиник: ГУ «Институт урологии НАМН Украины» и Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Согласно виду оперативного вмешательства пациентки разделены на три группы: 1-я группа – 40 (59,7%) больных, которым был установлен трансобртураторный слинг по методике TVT-O (Gynecare, Ethicon, США), 2-я группа – 16 (23,9%) больных, перенесших коррекцию СНМ объемообразующим агентом Urolastik (Urogyn, Голландия), 3-я группа – 11 (16,4%) больных, которым выполняли позадилобковую везикопексию по методике Burch.

**Результаты.** Пациенты были разделены согласно классификации по степени тяжести СНМ К. Сапатаби (1994). I ст. СНМ во всех трех группах наблюдалась у 11 (16,4%) пациенток, IIa ст. – у 30 (44,8%) больных, IIb ст. – у 26 (38,8%). Возраст больных варьировал от 35 до 86 лет.

Операцию TVT-O выполняли с помощью набора Gynecare из одного разреза передней стенки влагалища (1 см) и двух разрезов кожи на бедре в проекции на 2 см ниже горизонтальной линии, проходящей через головку клитора и проецирующихся на медиальную верхнюю четверть foramen obturatoria. На бедре слева перфоратор проводили «in-out», справа – «out-in». Далее ленту фиксировали к проводникам и без фиксации, свободно располагали слинг под средней третью мочеиспускательного канала.

Во 2-й группе операцию проводили под местной инфильтрационной анестезией (1% лидокаин 5 мл). После сборки системы доставки объемообразующего агента последний вводили парауретрально в объеме 0,4–1,4 мл по периметру мочеиспускательного канала, избегая его инъекции в сосудистые зоны мочеиспускательного канала. Контроль степени натяжения ленты и количества введенного объемообразующего агента проводили путем проведения пробы Вальсальвы

при наполнении мочевого пузыря >200 мл. Позадилобковую везикопексию по методике Burch выполняли путем подшивания паравагинальной фасции к Куперовым связкам с обеих сторон двумя лигатурами ETHIBOND 2/0. Время операции варьировало от 15 до 120 мин и в среднем составило: в 1-й группе – 53,4±4,2 мин, во 2-й группе – 28,9±2,1 мин и в 3-й группе – 105,7±6,1 мин (p<0,05 для 1-й и 2-й, 2-й и 3-й, 1-й и 3-й групп).

Кровоточия при TVT-O в среднем составила 75,4±8,9 мл, при введении Urolastik – 5,1±0,8 мл, при использовании методики Burch – 138,0±17,8 мл (p<0,05). Средний койко-день составил в 1-й группе 5,8±1,2 сут, во 2-й группе – 1,2±0,6 сут, в 3-й группе – 10,1±1,4 сут. Период восстановления составил в 1-й и 2-й группах от 1 до 4 сут, в 3-й группе – от 5 до 10 сут. Кровотечений, ранений внутренних органов, а также нагноения ран не выявлено. У 3 (4,5%) пациенток 2-й группы введение объемообразующего агента проводили после неудачных операций по установке слинга. У 5 (7,5%) из 67 женщин (по две пациентки в 1-й и 3-й группах и одна во 2-й группе) в послеоперационный период возникла острая задержка мочеиспускания (Clavien II), что было купировано уретральным дренированием на протяжении 1 нед. Рецидив СНМ отмечен у 3 (4,5%) больных (по одной в каждой группе). Две женщины получали селективные М3-холинолитики 12 нед с позитивным эффектом, одной женщине повторно вводили Urolastik для коррекции недержания мочи – также с хорошим эффектом.

**Заключение.** Первичная эффективность слинговых операций TVT-O составила 91,0%, введения объемообразующих агентов – 90,9%, позадилобковой везикопексии по методике Burch – 70,0%. Выбор метода коррекции СНМ основывается на степени недержания и желании пациентки перенести тот или иной вид операции. Знание этапов операций обеспечение лечебного заведения необходимым оборудованием и опыт операционной бригады являются обязательными условиями по предупреждению осложнений хирургического лечения СНМ.

# Алгоритм лікування жінок із стресовим нетриманням сечі без пролапсу тазових органів

**В.І. Горовий<sup>1,2</sup>, І.В. Барало<sup>2</sup>, О.М. Капшук<sup>1,2</sup>, А.І. Мисак<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

<sup>2</sup> Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

<sup>3</sup> Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

За даними літератури, стресове нетримання сечі (СНС) зустрічається у кожній 3–4 жінки після 40 років. За відсутності пролапсу тазових органів хворих на СНС лікують урологи, при цьому хірургічне втручання виконують лише 5–10% пацієнткам.

**Мета дослідження:** представити алгоритм лікування жінок із стресовим нетриманням сечі без пролапсу тазових органів, оцінити результати консервативного та хірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** За останні 20 років в урологічних відділеннях Вінницької та Тернопільської обласних клінічних лікарень проведено лікування 266 жінок із СНС без пролапсу тазових органів: консервативне лікування із застосуванням електростимуляції сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна за допомогою апарата «Інтрадон-1» виконано 163 жінкам, хірургічне лікування – 103 жінкам (35 залобкових операцій за Marshall-Marchetti-Krantz у модифікації Антонова, 2 – за Burch, 25 – за поєднаною методикою Marshall-Marchetti-Krantz та Burch, 11 – пубо-вагінальних фасціальних слінгів та 30 – трансобтураторних слінгів).

**Результати.** Одування після консервативного лікування було відмічено у 61 (37,4%) жінки, покращення – у 82 (51,3%), без змін – у 20 (12,3%) пацієнток. Жінки, в яких консервативне лікування було неефективним, або вони відмічали незначне покращення, були прооперовані. Після залобкових операцій безпосередні післяопераційні ускладнення (гостра затримка сечі, гіперактивність детрузора) статистично рідше зустрічалися після операції за методикою Marshall-Marchetti-Krantz та Burch (I група), ніж

після Marshall-Marchetti-Krantz у модифікації Антонова (II група).

З одужанням виписано 32 (91,4%) пацієнтки II групи та 24 (96%) – I групи. Рецидив СНС через 5–10 років після операцій виник у 36% жінок II групи та у 26,3% пацієнток I групи. Після пубо-вагінальних слінгових операцій (III група) у ранній післяопераційний період затримку сечі констатували у 2 (18,2%) пацієнток, гіперактивність детрузора – в 1 (9,1%). З одужанням виписано 9 (81,8%) жінок, з покращенням – 1 (9,1%), без змін – 1 (9,1%).

У віддалений післяопераційний період (через 1–6 років) рецидив нетримання сечі після слінгових операцій виник у 3 (27,3%) жінок, лігатурна норія у надлобковій ділянці – в 1 (9,1%), запальний інфільтрат у залонному просторі та остейт лобкових кісток – в 1 (9,1%) пацієнтки. Під час встановлення трансобтураторного слінгу (IV група) пошкодження сечового міхура було відмічено у 1 (3,3%) пацієнтки, 28 (93,3%) жінок виписано із відділення з повним утриманням сечі, 2 (6,7%) – з покращенням.

**Заключення.** 1. Усі жінки із стресовим нетриманням сечі за відсутності пролапсу тазових органів повинні пройти консервативну терапію для посилення тону сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна. 2. При безуспішності консервативної терапії жінкам необхідно провести оцінювальне дослідження нижніх сечовивідних шляхів для оцінювання стану сфінктерного апарату сечівника та вибору хірургічного втручання у конкретної хворої. 3. При виявленні недостатності функції сфінктерного апарату сечівника необхідно запропонувати пацієнткам слінгову операцію.

## Терапевтичний моніторинг пацієнтів з гістологічно підтвердженим раком передміхурової залози та високим рівнем ПСА

**Л.І. Красилюк, Р.В. Бахчійєв, М.В. Шостак, О.В. Руденко**

Одеський національний медичний університет

Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним з найчастіше діагностованих онкологічних захворювань у чоловіків. Тактика моніторингу хворих з верифікованим за даними біопсії ПЖ РПЗ, простатичної інтраепітеліальної неоплазії високого ступеня (PIN HG) або дрібноацинарної атипільної проліферації (ASAP) визначена різними рекомендаціями. Залишається неясною тактика ведення пацієнтів з гістологічно підтвердженою доброякісною гіперплазією ПЗ (ДГПЗ), високим рівнем ПСА (не зумовленим супутнім простатитом) і відсутністю гістологічних маркерів ранніх стадій канцерогенезу. Існують дані про застосування різних нутрицевтиків, зокрема індол-3-карбінолу (ІЗС) та епігалокатехін-3-галата (EGCG) при ДГПЗ і РПЗ.

**Мета дослідження:** оцінювання доцільності терапевтичного моніторингу хворих з гістологічно верифікованими ДГПЗ та високим рівнем ПСА.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням протягом 1 року перебували 24 чоловіка віком від 52 до 68 років, яким раніше у зв'язку з високим рівнем ПСА (від 5,8 до 14,7 нг/мл) та підозрілими даними ПРД й ТРУЗД була виконана 12-точкова поліфокальна біопсія ПЗ, за гістологічним даними якої РПЗ виявлений не був. Обстеження включало використання опитувача IPSS, ПРД, УЗД сечового міхура з визначенням об'єму залишкової сечі, ТРУЗД, урофлоуметрію, визначення рівня загального ПСА, пробу Meares і Stamey. Усі пацієнти були розподілені на дві групи. Пацієнти

1-ї групи (14 чоловіків) протягом року одноразово під час їжі приймали 2 капсули нурицевтика, що містить 200 мг індол-3-карбінолу і 45 мг епігалокатехін-3-галата (добова доза 400 мг ІЗС та 90 мг EGCG). Хворі 2-ї групи (10 чоловіків) перебували під спостереженням. Пацієнти обох груп протягом року дотримувалися поведінкових та дієтичних рекомендацій щодо ДППЗ (Рекомендації ЄАУ з лікування ненейрогенних симптомів нижніх сечових шляхів (СНСШ) у чоловіків, 2017). Клінічні дані оцінювали при включенні у дослідження та через 1 рік. Критерієм виключення з дослідження були: наявність в анамнезі хірургічних втручань на нижніх сечових шляхах, перевищення граничних значень лейкоцитів при виконанні проби Meares і Stamey, наявність у попередньому гістологічному дослідженні біоптатів РПЗ, фокусів PIN HG або ASAP.

**Результати.** У хворих 1-ї групи початковий та контрольний показники становили: за Шкалою IPSS – 14,2±1,3 та 8,7±0,9 бала відповідно; об'єм ПЗ – 54,5±4,9 та 56,3±5,0 см<sup>3</sup> відповідно; об'єм залишкової сечі – 20,8±1,6 та 22,0±1,9 мл відповідно; максимальна швидкість сечовипускання – 15,6±1,1 і 15,0±1,3 мл/с відповідно; загальний ПСА – 9,3±0,9 і 5,0±0,4 нг/мл відповідно (p<0,05). У хворих 2-ї групи початковий та контрольний показники становили: за Шкалою IPSS – 12,1±1,5 і 13,7±1,9 бала відповідно; об'єм ПЗ – 51,8±4,2 і 53,4±4,8 см<sup>3</sup> відповідно; об'єм залишкової сечі – 25,7±2,1 і 28,4±2,5 мл відповідно; максимальна швидкість сечовипускання – 13,4±1,5 і 12,9±1,4 мл/с відповідно; загальний ПСА – 8,7±0,5 і 9,2±0,7 нг/мл відповідно (p<0,05).

Ступінь вираженості СНСШ за даними Шкали IPSS через 1 рік дослідження була на 38,7% нижче у хворих 1-ї групи, у пацієнтів 2-ї групи змін не виявлено. Об'єм ПЗ, об'єм залишкової сечі, максимальна швидкість сечовипускання у хворих обох груп достовірно не змінилися. Рівень загального ПСА достовірно знизився на 46,2% тільки у пацієнтів 1-ї групи. Отримані дані свідчать про значне зниження рівня ПСА при тривалому застосуванні комбінації індол-3-карбінолу та епігалокатехін-3-галата, що, очевидно, зумовлено різними механізмами протипухлинного впливу цих компонентів.

У раніше проведеному дослідженні з використанням багатомірного аналізу в молекулярно-генетичній діагностиці доклінічних стадій РПЗ був виявлений субкласстер хворих з гістологічно підтвердженою ДППЗ та молекулярно-генетичними характеристиками (за наявністю і рівнем метилювання промоторної зони генів GSTP1, APC, Rarb) повністю відповідними РПЗ, які можуть бути фокусною групою для таргетної превенції розвитку РПЗ різними препаратами, у тому числі нурицевтиками на основі ІЗС та EGCG.

**Заключення.** Вважаємо за необхідне вибір активної тактики спостереження за хворими з високим рівнем ПСА й підтвердженою гістологічним дослідженням доброякісною гіперплазією передміхурової залози із застосуванням таргетної превенції раку передміхурової залози (РПЗ) у хворих цієї групи. Доцільно продовжити дослідження для визначення біохімічних, гістологічних, молекулярно-генетичних критеріїв відбору кандидатів і визначення найбільш ефективного й безпечного препарату для таргетної превенції РПЗ.

## Ургентная хирургическая помощь пациентам с патологией половых органов

А.В. Рясный, Д.Ф. Тучин

Городская клиническая больница №10 г. Одесса

Сегодня вопросы оказания ургентной хирургической помощи мужчинам с патологией половых органов остаются актуальными. От своевременной и правильной диагностики зависит выбор метода лечения и дальнейшая реабилитация пациента. Качество оказания неотложной помощи во многом сказывается на будущих сексуальной и репродуктивной функциях, андрогенном фоне мужчины.

Был проведен анализ ургентных хирургических вмешательств за период с января 2015 по декабрь 2017 года. В урологической клинике Одесской городской клинической больницы № 10 за указанный период выполнено 755 ургентных оперативных вмешательств. Из них 260 (35%) – на половых органах (таблица).

В структуре неотложной патологии преобладают:  
- острые воспалительные заболевания – 176 (67,7%);  
- аномалии половых органов – 46 (17,7%);  
- травматические повреждения – 30 (11,6%);  
- приапизм – 8 (3%) операций.

Принятый в клинике алгоритм оказания помощи при острых эпидидимоорхитах позволил у 141 (88,7%) пациента выполнить органосохраняющие операции. Выполнение орхидэктомии у 18 (11,3%) пациентов во многом было связано с поздним обращением за помощью, выраженными гнойно-деструктивными изменениями в яичке.

Особенности травматических повреждений яичка в наших наблюдениях, к сожалению, в 5 (55,5%) случаях требовал выполнения орхидэктомии, в 4 (44,5%) – ушивания яичка с последующим гладким послеоперационным периодом.

Операция	Количество операций
Эпидидимотомия (острый эпидидимоорхит)	141 (54,2%)
Орхэктомия	28 (10,8%)
Гнойный орхоэпидидимит	18 (7%)
Травма яичка	5 (1,9%)
Перекрыт яичка	5 (1,9%)
Операции по поводу парафимоза	18 (7%)
Орхипексия (перекрыт яичка)	15 (5,8%)
Первичная хирургическая обработка раны полового члена, мошонки	11 (4,2%)
Дренирование абсцесса полового члена, мошонки	10 (3,8%)
Ушивание белочной оболочки полового члена (перелом полового члена)	9 (3,5%)
Спонгио-кавернозное шунтирование (приапизм)	8 (3%)
Френулотомия (кровотечение из уздечки полового члена)	8 (3%)
Дренирование абсцесса предстательной железы	6 (2,3%)
Ушивание разрыва яичка	4 (1,5%)
Извлечение эндопротеза полового члена (кавернит)	1 (0,4%)
Извлечение инородного тела мочеиспускательного канала	1 (0,4%)

При підозрінні на перекут неотложная ревизия яичка дозволила в 15 (75%) случаях выполнить орхипексию, в 5 (25%) – орхидэктомію.

Особого подходу требуют пациенты с переломом полового члена и приапизмом. Принятые в клинике диагностические стандарты (УЗИ полового члена, кавернозография, МРТ половых органов) позволяют диагностировать перелом полового члена и оказать своевременную хирургическую помощь. Были прооперированы 9 мужчин по поводу перелома полового члена. В одном наблюдении разрыв белочной оболочки сочетался с полным разрывом пенильного отдела мочеиспускательного канала. Все пациенты в послеоперационный период проходили лечение и последующую реабилитацию в андрологическом отделении больницы. Во всех случаях сохранена эректильная функция. У пациента с травмой мочеиспускательного канала восстановлен удовлетворительный акт мочеиспускания.

При оказании неотложной помощи пациентам с приапизмом в большинстве случаев эффективны пункционно-аспирационные мероприятия. Однако при позднем обращении показано оперативное лечение. В 8 случаях потребовалось спонгио-кавернозное шунтирование. Двум мужчинам (трех- и семидневный приапизм) на следующие сутки потребовалось повторное шунтирование. В результате проведенного лечения и последующей реабилитации у 7 мужчин восстановлена эректильная функция. В одном случае развился кавернозный фиброз – планируется эндофаллопротезирование.

Неотложная хирургическая помощь андрологическим пациентам составляет 35% от общего количества urgently оперированных пациентов клиники. Использование современных диагностических и лечебных мероприятий, возможность наблюдения и реабилитации в условиях специализированного андрологического отделения позволили в большинстве случаев достигнуть качественных результатов лечения.

## Морфологічні зміни стінки ileum в умовах адаптації артифіційного сечового міхура

**Р.В. Савчук, П.С. Філіпов, О.М. Колосов**  
Одеський національний медичний університет

Морфологічні зміни стінки артифіційного сечового міхура різноманітні, їхнє дослідження триває з моменту створення першого кондуїту з ділянки клубового кишечника.

Метою дослідження було вивчення структурно-функціональної трансформації слизової оболонки та стінки неobladder через 12 міс після ілеоцистопластики в експериментальних умовах на mini-pigs.

Матеріалом дослідження були результати експериментальної моделі неobladder, створеної шляхом виконання цистектомії та ілеоцистопластики в дев'яти експериментальних mini-pigs. Через 12 міс після проведення операції моделювання сечового міхура тварин виводили з дослідження передозуванням нембуталу, дотримуючись положень «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментів або в інших наукових цілях».

Наші морфологічні дослідження артифіційного сечового міхура, сформованого із сегменту ileum через 12 міс після

ортоотопічної ілеопластики довели значні ультраструктурні зміни в епітеліальному шарі неobladder. Ворсинки клубової кишки в умовах артифіційного сечового міхура зменшуються та згладжуються, епітеліоцити набувають схожості з проміжним епітелієм. Сполучнотканинна пластинка стовщується та грубішає, м'язова оболонка так само стовщується. Зразки клубової кишки, які залишалися у звичайному оточенні, без взаємодії з сечею не зазнавали значних морфологічних трансформацій та не відрізнялися від зразків інтактною ileum.

Трансплантація сегмента клубової кишки для виконання нових, не запрограмованих функцій змушує його адаптуватися до нових умов, хоча від самого початку сечовий міхур та ileum мають різне походження та будову. Нові агресивні умови та постійний контакт із сечею призводять до трансформації слизової клубової кишки та набувають нових рис, необхідних для виконання нової функції.

## Клітинний склад осаду сечі неobladder

**Р.В. Савчук, Д.О. Жуковський, Б.А. Насібулін**  
Одеський національний медичний університет

**Мета дослідження:** оцінювання цитологічного профілю сечі у динаміці адаптації ортоотопічного сечового міхура до виконання властивостей сечового резервуару та визначення взаємозв'язку клітинного складу сечі з функціональною здатністю сформованого неobladder з фрагменту ileum в експериментальних умовах і у людини.

**Матеріали та методи.** Матеріалом експериментального дослідження були результати цитологічного дослідження сечового осаду, отриманого від 21 самиць-свиней (mini-pigs). Через 1 міс після ортоотопічної ілеоцистопластики, через 6 міс та через 1 рік у експериментальних тварин отримували порцію сечі, з якої виготовляли препарати. Оцінювали кількість лімфоцитів, нейтрофілівних гра-

нулоцитів, еритроцитів, а також кількість епітеліоцитів – поверхневих, проміжних і базальних, про що свідчили прояви позаклітинного характеру. Також проводили аналіз клітинного складу препаратів центрифугату неobladder у 21 пацієнта, які перенесли цистектомію з приводу раку сечового міхура з формуванням ортоотопічного сечового міхура, в різні періоди після оперативного втручання (від 3 міс до 5 років). Отримання центрифугатного осаду і подальше виготовлення препаратів здійснювалося також, як і в експериментальних тварин.

**Результати.** Результати наших досліджень підтверджують, що формування артифіційного сечового міхура в експериментальних тварин фрагментом клубової кишки змінює

склад клітин слизової сечового осаду. Ці зміни полягають у збільшенні вмісту еритроцитів, зниженні числа лімфоцитів і нейтрофільних гранулоцитів, зміні числа епітеліоцитів. Оскільки структура органа та його функція тісно пов'язані, ми вважаємо, що має місце пристосування тканин кишкової стінки до нових умов. Можливо також відбувається трансформація епітелію слизової оболонки, що змінює склад епітеліоцитів в осаді. Дослідження центрифугату осаду сечі у пацієнтів у динаміці функціонування необладдера, сформованого із стінки клубової кишки, виявило аналогічну динаміку його клітинного складу.

**Заключення.** Можна вважати, що відбуваються ті самі процеси адаптаційної перебудови, що і в експериментальних тварин. Оскільки одним із факторів онкогенезу є дизрегуляторна патологія процесів регенерації, логічно вважати, що регулярне оцінювання складу клітин центрифугату сечі дозволить діагностувати можливі зрушення в регуляції процесів регенерації у хворих, які перенесли формування артіфіційного сечового міхура, також необхідна для онкоконтролю місцевого рецидиву і раннього виявлення уротеліального раку верхніх сечових шляхів.

## Сучасні малоінвазивні технології у лікуванні гідронефрозу

**В.А. Слободянюк, М.Д. Соснін, А.А. Грицаюк**  
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Гідронефроз – захворювання, в основі якого лежить прогресивне розширення чашково-мискової системи. Обструкція верхніх сечових шляхів посідає значне місце у структурі урологічних захворювань. Внаслідок порушення відтоку сечі виникає підвищення внутрішньоклітинного тиску, розвивається атрофія паренхіми та зниження функції нирки. Актуальність цієї патології зумовлена тим, що вона часто виникає у молодому віці та характеризується тяжкими та небезпечними ускладненнями (приєднання інфекції, спонтанний розрив миски або чашечки, розвиток ниркової недостатності). На пізніх стадіях захворювання зазвичай проводиться нефрэктомія. Останнім часом у діагностиці і лікуванні гідронефрозу та уретерогідронефрозу досягнуті певні успіхи, але дана проблема в урології залишається актуальною та серйозною.

Метою дослідження було обґрунтування використання пункційної черезшкірної нефрэктомії у хворих на гідронефроз та уретерогідронефроз для оцінювання функціонального стану блокованої нирки і вибору тактики подальшого лікування.

На лікуванні у клініці ДУ «Інституту урології НАМН України» перебували 133 хворих. Причини розвитку даної патології – сечокам'яна хвороба (СКХ) із загостренням хронічного пієлонефриту (56%), пухлини матки (24%), пухлини сечового міхура (8%), стриктура мисково-сечовідного сегмента (11%), перев'язка сечоводу під час гінекологічних операцій (3%). У 59% хворих була діагностована хронічна ниркова недостатність.

Для підтвердження діагнозу використовували клініко-лабораторні методи обстеження урологічних хворих, УЗД, радіоізотопну ренографію, комп'ютерну томографію, екскреторну урографію.

Основним серед ендуроологічних методів, що використовують останнім часом для діагностики та лікування, є пункційна черезшкірна нефрэктомія (ПН). Остання виконується і як самостійна операція, і як первинний етап у діагностиці та

лікуванні гідронефрозу, дозволяє визначити функціональний стан блокованої нирки, а також визначити тактику подальшого лікування (органозберігальна операція чи нефрэктомія).

Усім хворим була проведена перкутанна нефрэктомія, 41 (31%) хворому – з обох боків. У післяопераційний період усім проводили антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори. У 40 (51%) з 78 хворих, у яких до операції була діагностована ниркова недостатність, протягом 3–5 днів біохімічні показники функціонального стану нирки нормалізувалися. У решті хворих (49%) покращення відбулося протягом перших 2 тиж після ПН. Час відновлення залежав від тривалості обструкції та характеру змін у паренхімі нирок. П'ятидесяти двом (71%) з 74 хворим на з СКХ, ускладненою уретерогідронефрозом, після проведення ПН успішно була виконана екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, решта були прооперовані (9 – контактна уретеролітотрипсія, 13 – нефрэктомія).

Переважає більшість хворих з нирковою недостатністю – це пацієнти з тяжкою онкопатологією (рак матки, сечового міхура). ПН виконували за життєвими показниками. Завдяки цьому методу хворі уникли відкритого оперативного втручання, ризик проведення якого був надто високим. Жоден хворий не помер. Залежно від кількості сечі, одержаної з нефрэктомії, її лабораторних показників, функціонального стану нирки обґрунтовували подальшу тактику лікування хворих.

Отже, черезшкірна пункційна нефрэктомія у хворих з довготривалою обструкцією верхніх сечових шляхів, що призводить до гідронефрозу чи уретерогідронефрозу, є малоінвазивним та єдиним об'єктивним методом визначення функціонального резерву блокованої нирки та альтернативою відкритому оперативному втручання.

ПН значно покращує і подовжує життя онкохворим з уретерогідронефрозом, що виникає внаслідок обструкції сечових шляхів неоперабельною пухлиною.

# Методика лікування хворих на сечокам'яну хворобу у поєднанні із супутньою патологією

**В.А. Слободянюк, М.Д. Соснін, В.О. Зайченко**  
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – одне із найпоширеніших урологічних захворювань. СКХ виявляють майже у 3% населення планети, а в ендемічних зонах – до 20–25%, і ці цифри з кожним роком збільшуються. Останнім часом відмічається ріст захворюваності на СКХ в осіб похилого і старечого віку. Похилий вік пацієнтів, наявність супутніх соматичних хвороб, що потребують корекції, вимагають особливого підходу і ретельного вибору лікувальної тактики, направленої на мінімізацію травматичності необхідних лікувальних заходів.

Наводимо власне клінічне спостереження пацієнта похилого віку, хворого на СКХ, що супроводжувалася раком нирки та іншою супутньою патологією.

Хворий С., 1951 року народження, поступив у ДУ «Інститут урології НАМН України» зі скаргами на постійний біль у лівій половині поперекової ділянки тіла. У 2002 році була діагностована СКХ обох нирок. Від оперативного лікування відмовився. У тому самому році була проведена тиреоїдектомія. У 2015 році видалена пахвинна грижа. У січні 2016 року з'явилися наведені вище скарги.

Після проведення клініко-лабораторних досліджень, виконання УЗД та комп'ютерної томографії виявлено: права нирка – 8,2×4,3 см, паренхіма – 1,0 см нерівномірна, кортикомедулярна диференціація значно знижена, у нижній чашечці – конкремент 1,3 см, у проекції ниркової миски – 2,4 см, у середньому сегменті по латеральному контуру візуалізується об'ємне утворення 2,0×2,0 см, що накопичує контрастну речовину. Ліва нирка – 12,7×6,7 см, паренхіма – 1,4 см, у проекції ниркової миски – коралоподібний конкремент 5,2 см, у

середньому та нижньому сегментах – два конкременти 1,2 см та 1,0 см.

Результати динамічної реносцинтиграфії – екскреторна здатність лівої нирки уповільнена за рахунок затримки радіофармацевтичних препаратів у верхній групі чашечок, екскреторна здатність правої нирки різко сповільнена, крива ренограми – за обструктивним типом.

За результатами обстеження поставлений клінічний діагноз – СКХ. Коралоподібний камінь лівої нирки. Каміні в обох нирках. Пухлина правої нирки. Гіпертонічна хвороба 2 стадії.

Хворому виконана перкутанна нефролітотрипсія зліва. Через 5 діб пацієнт виписаний додому.

Через 2 міс проведені оглядова та екскреторна урографії. Функція лівої нирки непорушена, відтік сечі нормальний, функція нирки відсутня протягом 3 год. Ураховуючи наявність у правій нирці пухлини та конкрементів, було прийняте рішення виконати хворому лапароскопічну нефректомію справа.

Патогістологічне заключення – папілярний плоскоклітинний рак нирки.

На 4-у добу після операції пацієнт у задовільному стані був виписаний додому.

Надзвичайно важливим у лікуванні СКХ є профілактика рецидивів, яка, безумовно, повинна бути індивідуальною для кожного пацієнта залежно від клініки захворювання, хімічного складу конкременту, наявності супутньої патології тощо. Хворий повинен перебувати під постійним диспансерним наглядом. Правильно організована диспансеризація дозволить своєчасно провести лікувальні заходи, не очікуючи виникнення екстремальної ситуації.



# Недержание мочи после хирургического лечения предстательной железы: естественная динамика патологии

*М.В. Шостак, Ф.И. Костев, Л.И. Красилюк, Е.И. Лукинюк*  
Одесский Национальный медицинский университет

Недержание мочи, преимущественно как результат сфинктерной недостаточности, является распространенным послеоперационным осложнением у больных, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ), трансуретральную резекцию предстательной железы (ТУРП), чреспузырную и позадилоновую простатэктомию (ОПЭ), что существенно влияет на качество жизни, интерпретацию результатов операции больным и его родственникам, самооценку и весь образ жизни пациента. Известно, что в отличие от истинного недержания мочи, раннее стрессовое недержание мочи (СНМ) после хирургического лечения заболеваний предстательной железы (ПЖ) в основном не связано с травмой наружного сфинктера мочевого пузыря, зачастую не требует специфического лечения и нередко купируется самостоятельно. В то же время характер и сроки восстановления социально-приемлемого уровня удержания мочи у больных со СНМ после хирургического лечения ПЖ по-прежнему является областью повышенного научного и практического интереса как ввиду значительно-го влияния патологии на качество жизни, связанное со здоровьем, так и вследствие значительной сложности лечебных подходов, связанных с коррекцией данной патологии.

**Цель исследования:** исследование естественной динамики недержания мочи после хирургического лечения по поводу заболеваний ПЖ и его взаимосвязь с качеством жизни пациентов в динамике.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стали 85 больных со СНМ после перенесенного оперативного лечения: 45 больных с раком ПЖ (РПЖ) после РПЭ и 40 больных с доброкачественной гиперплазией ПЖ (ДГПЖ), в том числе 24 пациента после ОПЭ и 16 – после ТУРП (средний возраст – 68,4 года). Длительность наблюдения подавляющего большинства больных в исследовании составила 24 мес. Помимо прямого опроса для оценки выраженности недержания мочи использовали стандартный Pad-тест за 24 ч и шкалу оценки СНМ LISS, также оценивали динамику качества жизни, связанной со здоровьем SF-36.

**Результаты.** При анализе причин отсутствия лечения среди исследуемых пациентов, 30,5% из них мотивировали отказ от лечения СНМ отсутствием выраженного влияния данной патологии на качество жизни, 22,5% имели противопоказания к консервативным методам коррекции данной патологии, 47% полагали лечение малоперспективным либо были мотивированы для наблюдательной тактики. Подавляющее большинство пациентов использовали гигиенические прокладки (45,9%) и подгузники (21,1%) с целью контроля над патологией, 10,2% больных применяли пенильный зажим, 22,8% – наружный кондом-катетер.

Естественная динамика недержания мочи среди исследуемых больных характеризовалась существенно более высокими темпами восстановления удержания мочи среди пациентов, перенесших хирургическое лечение ДГПЖ, по сравнению с больными РПЖ. В частности, 24-часовой Pad-тест показал снижение выраженности НМ с  $3,6 \pm 0,4$  до  $1,6 \pm 0,4$  в течение года и до  $1,2 \pm 0,6$  в течение 2 лет у больных, перенесших ТУРП. Аналогичный показатель у больных после ОП составил  $3,8 \pm 0,9$  инициально,  $1,8 \pm 0,8$  – через 1 год и  $1,4 \pm 0,5$  – через 2 года. Динамика существенно ниже была отмечена у больных после РП: с  $4,4 \pm 1,5$  до  $2,9 \pm 0,9$  и  $2,8 \pm 0,6$  соответственно. О полном удержании мочи в течение года сообщили 57% больных после ТУРП, в течение 2 лет – 73%, аналогичные показатели после ОП составили 49% и 61%, после РП – всего 34% и 46% соответственно.

**Заключение.** Недержание мочи как результат оперативного лечения заболеваний предстательной железы (ПЖ) – серьезная медицинская проблема, драматически влияющая на качество жизни пациентов. Выявленные характеристики естественной динамики патологии в двухлетнем проспективном периоде после хирургического лечения патологии ПЖ, несмотря на существующую картину позитивного снижения проявлений патологии во времени, определяют целесообразность раннего мотивированного лечения больных, прежде всего после перенесенной РПЭ, с целью обеспечения их полноценной социальной адаптации и раннего возвращения в привычное социальное окружение.