

другого происхождения (Патент на корисну модель 848699 Україна, МПК G01N 33/483 (2006.01). Спосіб діагностики хвороби Пейроні / С.М. Шамраєв, С.Г. Єрмілов, Л.І. Волос. – № у 2013 06179; заявл. 20.05.2013; опубл. 25.10.2013, Бюл. № 20).

На основании анализа полученных ранних и отдаленных результатов хирургического лечения болезни Пейронии учитывая новую концепцию патоморфогенеза, нами был разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения этой категории пациентов, который приведен в таблице 1.

Таблица 1

Выбор метода хирургического лечения болезни Пейрони

Эректильная функция	Площадь рубцовой бляшки (см <sup>2</sup> )	V <sub>арт.</sub> (см/с)	V <sub>вен.</sub> (см/с)	Метод хирургического лечения
Нарушена	Любая	< 60	>15	Эндофаллопротезирование и графтинг любым материалом
Изменена	> 5	> 109	5-10	Графтинг биоколлагеном «Коллост»
Изменена	< 5	> 109	5-10	Графтинг аутовеной

### Выводы.

1. Выбор метода лечения пациентов с фибропластической индукцией полового члена должен проводиться с учетом стадии гиалиноза, степени эректильной дисфункции, размеров и локализации бляшек.

2. Пролiferация фибробластов эмбрионального типа сопровождается метапластичной трансформацией, появлением хондро- и остеобластов эмбрионального типа, что свидетельствует о постоянном прогрессировании процесса и является прогностически неблагоприятным фактором для назначения консервативной терапии, и, соответственно, основой для активной хирургической тактики лечения этой категории пациентов.

3. Диспластические и метапластические изменения в соединительной ткани белочной оболочки носят множественный мелковоспалительный характер, сопровождаются формированием очагов неагрессивного фиброматоза, являются основой для развития новых фиброзных бляшек и, соответственно, ведут к рецидиву болезни, как после консервативной терапии, так и после хирургического лечения; такие структурные изменения обоснуют пересмотр объема хирургических операций при болезни Пейрони и служат объективной основой для расширения зоны иссечения во время операции бляшки и белочной оболочки кавернозных тел. полового члена.

### Литература

1. Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ермилов С.Г., Шлопов В.Г. Новый взгляд на пато- и морфогенез идиопатической фибропластической индукции полового члена (болезнь Пейрони) // Здоровье мужчины. – 2012. - №2 (41). - С. 11-15.
2. Гервальд В.Я., Климачев В.В., Неймарк А.И. и соавт. Формы повреждения эластических волокон полового члена при эректильной дисфункции // Вестник НГУ. Серия: биология, клиническая медицина. – 2011. – Т. 9, № 2. – С. 151-155.
3. Горпинченко И.И., Романюк М.Г. Коллост – уникальный биопластический материал. Перспективы в андрологии // Здоровье мужчины. - 2009. - №1 (28). - С. 83 - 86.
4. Гурженко Ю.М. Фибропластична індурація статевого члена. – Київ. – 2004. -382 с.
5. Карагузин С.К. Современный подход к лечению фибропластической индукции полового члена: автореферат дисс. док. мед. наук 14.01.23 – урология, Москва, 2010. – 36 с.
6. Hauptmann A. Peyronie's disease: diagnostics and therapy 2011/ Hauptmann A., Diemer T., Weidner W. // Urologe A. - 2011. – Vol.50, N5. – P.609-20.
7. Shamrayev S., Babyuk I., Shamrayeva D., Ermilov S. Surgical treatment of Peyronie's disease: plaque incision and corporografting with "Collost" // Program IMORU VI. – 2013. – P. 10.

## ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

*Криворотько В.Ю.*

Харьковский национальный медицинский университет

Так называемые «длинные» стриктуры уретры, по данным авторов XX столетия, считались стриктуры протяженностью более 8 см. Причинами подобных стриктур могут чаще всего воспалительные рубцовые процессы, обширные травмы таза и промежности, перенесенные повторные бужирования, эндоуретротомии, пластики уретры и др.

Мы наблюдаем пациента, котором в связи с воспалительными множественными стриктурами уретры более 30 лет проводились повторные бужирования, которые позволяли обеспечить мочеиспускание и такое качество жизни, которое не являлось основанием для больного обращаться за помощью в специализированные центры. Однако, в последующем, около 3 лет назад, воспалительные осложнения: цистопиелонефрит, уретрит, парауретрит привели к появлению парауретральных абсцессов, а затем к развитию уретропромежностных свищей. По месту жительства

пациенту проводились вскрытия и дренирование абсцессов на фоне бужирования абсцессов тонкими (до №10 по Шарьеру), в том числе нитевидными, бужами установки тонких уретральных катетеров.

Следующим этапом лечения стало наложение эпицистостомы, которая временно обеспечивала санацию абсцессов, однако в последующем повторно образовывались неполные уретропромежностные свищи, и пациент обратился в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» с наличием цистостомы и абсцессами области промежности. По данным уретроцистограммы и компьютерной томограммы уретропромежностный свищ находился в области мембранозного отдела уретры в рубцах.

Произведена санация мочевого пузыря, цистостомического дренажа, области свища и запланировано многоэтапное хирургическое лечение пациента:

- 1) иссечение свища промежности с анастомозирующей пластикой уретры для санации проблемной зоны;
- 2) двухэтапная расширяющая пластика передних, а затем задних отделов уретры с применением аутоканей (фасций либо букальным эпителием)

Выполнен первый этап хирургического пособия, в результате которого удалось полностью иссечь свищ вместе с рубцово-измененными тканями, мобилизовать максимально задние отделы уретры и, несмотря на рубцовое изменение стенок на уретральном катетере № 14 наложить анастомоз между простатическим отделом и остатком бульбозного мобилизованного отдела уретры; произведена рецистостомия.

У больного промежностная рана зажила, пациент выписан с цистостомой для реабилитации. Однако в домашних условиях ему в начале удалили цистостому, а затем и уретральный катетер. Временное значительное улучшившееся самостоятельное мочеиспускание повлияло на решение больного воздержаться от предложенного хирургического лечения - расширяющих пластик. Такой период продолжался недолго: около 3-4 месяцев, после чего у пациента повторно открылся уретропромежностный свищ, при этом больному была восстановлена цистостома и повторно дренирован абсцесс.

Больной обратился в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» повторно. В этом случае абсцесс распространился от промежности на ягодицу, паховую складку. В таких условиях о пластических операциях на уретре речь уже не велась. Произведено вскрытие и дренирование абсцессов. Задняя уретра была прошита и перевязана для того, чтобы ограничить попадание мочи в ткани проблемной области, а дренирование мочевого пузыря обеспечить с помощью цистостомы.

Но и в этом случае больной не обеспечил последующий достаточно эффективный уход за цистостомой, что привело к рецидиву гнойно-воспалительного процесса в области промежности. При этом длительное нахождение цистостомы и воспалительные процессы в мочевом пузыре постепенно привело к уменьшению его емкости, т.е. развитию интерстициального цистита.

В связи с подобными множественными проблемами, единственным решением является или наружное дренирование верхних мочевых путей, или отведение мочи в кишечный резервуар.

Выводы:

- 1) Длительное консервативное лечение протяженных стриктур уретры неизбежно приводит к гнойным осложнениям
- 2) Хирургическое лечение «длинных» стриктур уретры состоит из нескольких этапов, которые постепенно могут помочь пациентам, однако при отсутствии сотрудничества и единого направления действий могут вызывать ряд тяжелых осложнений.

### **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОМБИНИРОВАННУЮ ТРАВМУ ТАЗА И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

*Криворотько Ю.В., Истомин А.Г.*

Харьковский национальный медицинский университет

Около 1,5% больных с травмами тазового кольца имеют повреждения мочевых путей: мочевого пузыря, уретры. Так как подобный вид травматических повреждений относится к тяжелым и связан с политравмой, то первичная медицинская помощь оказывается в отделениях политравмы или хирургических травматических, реанимационных отделениях, и направлены на спасение жизни пострадавшего. Затем, в зависимости от механического характера повреждения, степени и формы деформации тазового кольца, сопутствующих повреждений, начинается период восстановления