

счет отсутствия патологических коллагенов, также присутствуют процессы ангиогенеза, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата.

Широкая фасция бедра сохраняет эластичность за счет отсутствия патологических коллагенов, в ней отсутствует воспаление и присутствуют процессы васкуляризации, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата. Однако, трудно предугадать плотность пересаживаемого лоскута.

Оболочка яичка представляет собой тонкий лоскут ткани, который находится в удобном доступе для хирурга. Однако, в ней часто обнаруживается воспаление, в стенках мелких сосудов и в толще лоскута оболочки яичка происходят процессы фиброза, а также наблюдается низкая степень васкуляризации и ангиогенеза.

Один из больших плюсов использования бедренной вены для замещения дефекта белочной оболочки - это постоянная толщина пересаживаемого лоскута и высокая растяжимость за счет присутствия гладкомышечных волокон в толще ее стенки. Однако, также в ней присутствуют патологические коллагены, что может свидетельствовать в пользу худшей приживаемости и возможности рецидива бляшки, также одним из рисков остается развитие флебита после взятия материала.

Выводы

- Ксенотрансплантант - лиофилизированный бычий перикард имеет преимущества перед аутологичными тканями, однако очень важно помнить, что ксенотрансплантант, как и синтетические материалы – это чужеродные организму субстанции, на которые может возникнуть воспалительная и аллергическая реакции.

- Выбор аутоотрансплантанта для корпоропластики должен проводиться индивидуально с учетом возможного воспаления и патологических изменений в трансплантанте.

- Размеры аутоотрансплантанта для закрытия дефекта должны подбираться с учетом возможного наличия патологических типов коллагена.

- Послеоперационная терапия должна проводиться с учетом процессов васкуляризации и коллагенизации пересаживаемого лоскута, а также с учетом возможного воспалительного процесса в аутоотрансплантанте.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ И ХИРУРГИЯ МУЖСКОГО ОБТУРАЦИОННОГО БЕСПЛОДИЯ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Щербаков Р.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

Восстановление репродуктивного здоровья в настоящее время приобретает особую актуальность в связи со сложившейся критической демографической ситуацией в Украине. Около 20% всех браков страдают бесплодием.

Наиболее тяжелой формой мужского бесплодия является обструктивная. Распространенность обструктивных азооспермий среди больных с мужским бесплодием достигает 15-20%. Обструктивная азооспермия может быть первичной (генетически обусловленной) и вторичной(приобретенной).

В общей популяции мужского населения уровень хромосомных нарушений (генетические причины) невелик и составляет 0,3-0,6%.однако среди пациентов с нарушением фертильности доля лиц с хромосомными аномалиями возрастает до 7-10%,а распространенность среди пациентов с азооспермией достигает 20%.

Вторичная (приобретенная) обструктивная азооспермия возникает в результате воспалительных процессов либо ятрогенных травм и классифицируется по уровню возникновения непроходимости.

Диагностический алгоритм обследования пациентов включает в себя как традиционное клиническое обследование, так биохимические, гормональные, аппаратные методы обследования. Всем пациентам с обструктивной азооспермией показано выполнение генетических медотов обледования: кариотипирование, оценку локуса AZF,выявление гетерозиготного носительства гена муковисцедоза.

Метод выбора восстановления проходимости семявыносящих путей зависит от уровня обструкции:

При обструкції семявыбрасывающих протоков- методом выбора является трансуретральная катетеризация с баллонной дилатацией семявыбрасывающих протоков.

При обструкції семявыносящего протока выполняют – вазовазостомию "конец в конец" . С этой целью осуществляется резекция зоны обструкції и анастомозирование неизмененных отделов семявыносящего протока между собой.

При обструкції семявыносящих путей на уровне придатка яичка выполняют- вазоэпидидимоанастомоз: по типу "конец в конец" или микрохирургическая триангуляционная пластика " конец в бок" .

В андрологическом отделении ОКЦУН им.Шаповала в период с 2006г. по 2012г. выполнено 32 операции вазоэпидидимоанастомоз по типу "конец в конец". Эффективность составила 34%.

В период с 2012 по 2017 год выполнено 42 операции вазоэпидидимоанастомоз методом микрохирургической триангуляционной пластики " конец в бок" . Эффективность составила 74%.

Положительным результатом хирургического восстановления семявыносящих путей мы считали появление сперматозоидов в эякуляте.

На основании исследования проведенного в андрологическом отделении ОКЦУН им.Шаповала с 2006 по 2017г. метод микрохирургической триангуляционной пластики наиболее эффективный и является методом выбора .

ХИРУРГИЯ СУПРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Лесовой В.Н., Шукин Д.В., Гарагатый И.А., Хареба Г.Г., Поляков Н.Н., Мозжаков П.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

Наиболее важным и ответственным этапом венакаватромбэктомии является контроль дистального конца опухолевого тромба. Этот аспект операции приобретает особое значение в случаях супрапеченочной и супрадиафрагмальной локализации интралюминальной опухоли, так как доступ к этим отделам венозного тракта сложен и может сопровождаться опасными осложнениями. Хирургические методики, позволяющие решить эту проблему, еще недавно ограничивались использованием стернотомии с искусственным кровообращением или без, а также применением баллонных методик. На протяжении последнего десятилетия активное развитие получило другое направление, заключающееся в доступе к супрадиафрагмальной НПВ и к правому предсердию через диафрагму со стороны брюшной полости после мобилизации печени. Однако в большинстве отчетов речь идет о единичных наблюдениях такого подхода, при этом используются различные варианты диафрагмотомии и отсутствует информация о выполнимости и рискованности данных доступов. Ранее мы представили результаты анатомического исследования супрадиафрагмальной НПВ и каводиафрагмального соединения, посвященного проблемам венакаватромбэктомии. При этом изучалась анатомия диафрагмальных вен, правого диафрагмального нерва и перикарда на уровне кавоатриального сегмента, а также выполнимость и безопасных различных доступов к правому предсердию со стороны брюшной полости. Результаты этой работы продемонстрировали преимущества Т-образной диафрагмотомии без вскрытия перикарда. Однако анатомическое исследование не имело возможности оценить другие этапы данной операции, в частности возможность наружного пальцевого смещения тромба ниже диафрагмы или главных печеночных вен и осложнения, связанные с этой процедурой.

Данные обстоятельства послужили поводом для проведения нашего клинического исследования, включавшего анализ результатов удаления супрапеченочных и супрадиафрагмальных опухолевых тромбов НПВ при почечно-клеточном раке.

Материал и методы. В исследование были включены 16 пациентов (7 женщин и 9 мужчин), которые были оперированы за период с 2000 по 2017 гг. в Харьковском областном центре урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала по поводу почечно-клеточного рака, распространяющегося в нижнюю полую вену выше устьев главных печеночных вен. Возраст пациентов варьировал от 32 до 76 лет и составлял в среднем 59,6 лет. В 4 (25%) наблюдениях опухолевые тромбы распространялись в правое предсердие, в 6 (37,5%) достигали супрадиафрагмальной части НПВ, в 6 (37,5%) - верхний конец тромба располагался между устьями главных печеночных вен и диафрагмой.

Все пациенты были оперированы без использования искусственного кровообращения. Во всех случаях выполнялся доступ "шеvron" или трехлучевой доступ "мерседес" и применялась