

3. Черезшкірне дренивання є малоінвазивним методом, що дозволяє скоротити післяопераційний період, знизити больові відчуття та пришвидшити повернення пацієнта до працездатного стану.
4. При важких септичних станах черезшкірне дренивання на передопераційному етапі дозволяє полегшити стан хворого і підготувати його до відтермінованого оперативного лікування.
5. Незважаючи на інвазивність та певну кількість ускладнень, за умови відповідного досвіду хірурга, на нашу думку методика черезшкірної нефростомії є не тільки ефективнішою, але й технічно легшою у порівнянні з відкритими оперативними втручаннями.

Література:

1. Антонян М.И. Роль уретерореноскопии и пункционной нефростомии в диагностике и лечении верхних мочевых путей / М.И. Антонян, А.В. Стецишин, А.В. Чепенко // Урология. – 2010. – № 14. – С. 243.
2. Бучок О.О. Вибір методу дренивання верхніх сечових шляхів при обструктивних піелонефритах / О.О. Бучок, Р.З. Шеремета // Науковий вісник Ужгородського університету: Медицина. – 2013. – Вип. 1. – С. 70-74.
3. Возіанов С.О. Черезшкірна пункційна нефростомія при обструкції верхніх сечових шляхів / С.О. Возіанов, О.В. Гогулєнко // Урологія. – 2004. – № 1. – С. – 22-24.
4. Гузенко В.Н. Роль малоінвазивного дренивання верхніх сечовивідних шляхів для профілактики та лікування ускладнень нефролітіазу / В.Н. Гузенко, В.В. Волошин, С.А. Золочевський // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 165-166.
5. Пасечніков С.П. Сучасний стан проблеми інфекції нирок та сечовивідних шляхів в Україні / Пасечніков С.П., Сайдакова, А.С. Глебов // Урологія. – 2010. – № 14. – С. 72-74.
6. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2012-2013 рік / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева. – Київ. – 2014. – С. 34-45.
7. Bird V.G. Urinary tract obstruction: ureteral stents weighing up the risks and benefits / V.G. Bird, P. Dahm // Nat. Rev.Urol. – 2011. – Vol. 9, № 1. – P. 13-14.
8. Lewis S. Major complications after percutaneous nephrostomy-lessons from a department audit / S. Lewis, S. Major, U .Patel // Clin.Radiol. – 2004. – Vol.52, №1. – P. 171-179.
9. uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urological-Infections-v2.pdf
10. Huskisson E.C. Measurement of pain / E.C. Huskisson // Lancet. – 1974. – №2(7889). – P.1127-1131.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

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

Харьковский национальный медицинский университет

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

В последние годы отмечается существенный рост числа стриктур уретры у мужчин. При этом протяженные поражения диагностируются в 15-18% случаев, восстановление нормальной проходимости уретры является одной из самых сложных задач в хирургии этих состояний.

За последние десятилетия в хирургии уретры внедрено большое количество новых реконструктивных приемов, что связано с тяжестью поражения уретры.

Тактика хирургии таких состояний не имеет единых стандартов и очень разнообразна. Однако, не смотря на большое разнообразие хирургических методик от 14% до 27% случаев наблюдаются рецидивы стриктуры[4,5].

Общепринятым ориентиром в выборе того или иного варианта уретропластики при стриктурах бульбозного отдела уретры является протяженность рубцового поражения. Так, при стриктурах бульбозного отдела протяженностью до 1-2 см наиболее часто применяется внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ). При поражении уретры до 2-3 см – операция Хольцова (иссечение стриктуры и прямой анастомоз/анастомотическая уретропластика конец в конец). При стриктурах данного отдела протяженностью более 3-4 см традиционно применяются аугментационные методы операции (аугментационный анастомоз и onlay техники) или заместительные (многоэтапные) методики.

В настоящее время для лечения протяженных стриктур уретры существует большой выбор расширяющих уретропластик с применением тканевых лоскутов[1,2]. Во многих клиниках в качестве основного пластического материала применяется буккальный трансплантат[3].

К наиболее сложным с точки зрения хирургической коррекции относятся протяженные стриктуры бульбозного отдела уретры.

G. Varbagli предложил методику, направленную на максимальное сохранение кровоснабжения спонгиозного тела у пациентов с протяженными, особенно с пануретральными стриктурами. Суть операции заключается в мобилизации бульбозного отдела уретры только по одной полуокружности: с одной латеральной и наполовину с дорсальной стороны, что позволяет сохранить существующее кровоснабжение с противоположной стороны.

Цель работы:

Анализ результатов оперативного лечения стриктур бульбозного отдела уретры методом расширяющей пластики буккальным трансплантатом.

Материалы и методы:

В андрологическом отделении ХОКЦУиН им. В.И.Шаповала с 2012 по 2017г. находилось на лечении 43 пациента 18-68 (57) лет с протяженной стриктурой бульбозного отдела уретры в среднем 4,5см. и 12 пациентов с пануретральными стриктурами (средняя протяженность 10 см), были выполнены операции по описанной выше методике. Среднее время наблюдения составило 22 месяца. Положительный результат был получен у 40 из 43 пациентов (93%).

Локализацию и протяженность стриктуры определяли стандартными рентгенологическими методами (восходящая уретрография, микционная цистоуретрография), уретроскопия, бужирование.

К осложнениям мы отнесли свищ уретры у 1 пациента (2,3%) – рецидив стриктуры мы наблюдали у 2 пациентов (4,6%).

Выводы:

С появлением новых методик, ориентированных на максимальное сохранения кровоснабжения и минимизации травмы спонгиозного тела увеличился процент положительных результатов у пациентов после оперативного лечения стриктур уретры. В 93% случаев протяженных стриктур бульбозного отдела уретры с использованием расширяющей пластики буккальным трансплантатом удается восстановить проходимость уретры с хорошим функциональным результатом.

Литература

1. Mangera, A.A. systematic Review of Graft Augmentation Uretroplasty Techniques for the treatment of Anterior Urethral Strictures/A.Mangera, J.M.Petterson, C.R.Chapple// Eur.Urol.-2011.-№59.-P.797-814.
2. Matur, R.K Tunica albuginea urethroplasty for urethral strictures/R.K.Mathur, A.Sharma//J.Urol.-2010.-P.120-4.
3. Xu, Y.M. Treatment of urethral strictures using lingual mucosas urethroplasty: experiense of 92 cases/ Y.M.Xu, Q.Fu, Y.L.Sa et al//Chin. Med.J.-2010.-№123-P.458-62.
4. Barbagli G. Interim outcomes of dorsal skin graft bulbar urethroplasty/ G. Barbagli, E.Palminteri et al// J.Urol.-2004.-P1365-7.
5. Riordan, A. Outcome of dorsal buccal graft urethroplasty for reccurent bulbar urethral strictures/ A. O Riordan, R.Narahari, V.Kumar// B.J.Urol.Int.-2008.-№102.-P.1148-51.

**АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ
ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ**

*Підмурняк О.О., Собчинський С.А., Собчинський К.С., Монастирський В.М., Войцешин В.В.,
Алешко О.А., Боюк В.В., Добровольський В.А., Дрогоруб А.А.*

Хмельницька обласна лікарня, м.Хмельницький

Вступ. Історичним кроком вперед у розвитку та становленні ендовідеохірургічної урології була трансперитонеальна лапароскопічна нефрэктомія, проведена Clayman R.V. в 1991 році [5]. Започаткування ретропрітонеоскопічної хірургії пов'язують з Wittmoser R. який у 1973 р. виконав спробу поперекової симпатектомії [14], а перша ретроперитонеоскопічна уретеролітомія була проведена Wickham JEA у 1979 р.[13]. У повному обсязі хірургічний потенціал ретроперитонеоскопії був реалізований лише після 1990 р., коли Gaur D запропонував балону дисекцію заочеревинного простору [7]. На сьогодні техніка