

поскольку имеется порок связочного материала. К концу 70-х годов был сформулирован основной критерий диагностики СКЧ: видимое уменьшение полового члена при, фактически, нормальных возрастных размерах.

В 1980 году Ninman F провел полное эндокринологическое обследование мальчиков со скрытым половым членом. Было доказано, что ни у одного ребенка не были обнаружены нарушения в гормональном профиле

Необходимо отметить, что все виды врожденных аномалий половых органов связаны с тяжелыми психологическими переживаниями для больного. Одним из типичных и часто наблюдающихся последствий психического характера является переживание человеком чувства собственной неполноценности, сознание уродства, связанного с тем, что у мальчика имеется несоответствие внешнего вида половых органов с общепринятыми.

По сути, единственным возможным методом лечения скрытого полового члена является проведение пластических операций. На сегодняшний день существует множество подходов и техник, которые дают возможность сформировать нормальное положение полового члена и вывести его наружу.

Выбор конкретного метода в каждом случае осуществляется хирургом. В одних случаях разумно сочетать пластику и циркумцизию, тогда как в других можно обойтись и без последней.

Цель работы: Анализ результатов оперативного лечения скрытого полового члена комбинированным методом.

Материалы и методы: В андрологическом отделении ХОКЦУН им. В.И.Шаповала с 2012 по 2015г. находилось на лечении 3 пациента 18-21 (20) лет с диагнозом: скрытый половой член.

Всем пациентам выполнено комбинированное хирургическое лечение: V-образная кожная пластика надлобковой области с лигаментотомией. В послеоперационном периоде пациентам рекомендовано использование экстендера 2-3 часа в сутки на протяжении 3-х месяцев.

Выводы: Комбинированная техника оперативного лечения скрытого полового члена с последующим использованием экстендера является эффективным методом лечения, позволяющая провести достаточную социальную и психологическую адаптацию пациентов.

ПЛОД В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ –

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА

В.Н. Лесовой, Д.В. Шукин, Ю.С. Паращук, Р.А. Сафонов, К.В. Диденкова

Харьковский национальный медицинский университет

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

Харьковская областная клиническая больница

Введение. Пузырно-маточные свищи представляют собой патологическое сообщение между полостями мочевого пузыря и матки. Эта патология является весьма редкой и составляет от 1% до 4% среди всех урогенитальных фистул, включающих пузырно-влагалищные, мочеточниково-влагалищные и уретро-влагалищные свищи. Наиболее частыми причинами данного заболевания можно считать ятрогенные повреждения, которые возникают вследствие использования кесарева сечения, наложения влагалищных щипцов, а также дилатации цервикального канала и кюретажа полости матки при выполнении аборта. К более редким причинам формирования этого типа фистул относят эмболизацию маточных артерий, влагалищные роды после ранее проведенного кесарева сечения, миграцию внутриматочных контрацептивов, placenta percreta и эндометриоз.

Клинические проявления пузырно-маточных свищей могут быть ранними или поздними, и в основном представлены недержанием мочи и макрогематурией в период месячных (меноурия).

Мы представляем первое наблюдение спонтанной миграции плода в сроке 11 недель из полости матки в просвет мочевого пузыря через длительно существующий пузырно-маточный свищ.

Клиническое наблюдение. Пациентка К. 39 лет была госпитализирована в многопрофильную больницу города Северодонецк 14.12.2015 с жалобами на выраженные боли внизу живота с иррадиацией в поясничную область, а также на затрудненное мочеиспускание.

Из анамнеза известно, что в 2003 и 2005 годах пациентке выполнялись кесаревы сечения. При проведении последнего кесарева сечения имело место ятрогенное повреждение верхушки мочевого пузыря. Дефекты мочевого пузыря и матки были раздельно ушиты. Пациентка выписана из акушерского стационара в удовлетворительном состоянии. Однако, через три месяца больную начали

беспокоить сильные боли в животе в конце мочеиспускания на фоне скудной менструации и примеси крови в моче в период месячных. В связи с характерными симптомами заподозрен пузырно-маточный свищ. Данный диагноз был подтвержден при цистоскопии. Пациентке предложено оперативное лечение от которого она отказалась. В дальнейшем, в связи с регрессией симптомов больная перестала обращаться к врачам, хотя периодически ее продолжали беспокоить недержание мочи, меноурия и рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей.

После обследования был усановлен диагноз: замершая беременность в сроке 11 недель с эктопической локализацией плода в полости мочевого пузыря. Плод в просвете мочевого пузыря выявлен при ультразвуковом исследовании. Для дальнейшего обследования и лечения больная была направлена в Харьковский областной перинатальный центр.

15.12.15 пациентке призведена цистоскопия, при которой в просвете мочевого пузыря выявлен мертвый плод, плодный пузырь и фрагменты пуповины. По задне-верхней стенке мочевого пузыря визуализировалось свищевое отверстие диаметром около 2,0 см с неровными краями. Пациентка переведена в областную клиническую больницу, где 17.12.15 совместной бригадой урологов и акушеров-гинекологов проведено хирургическое лечение: лапаротомия, иссечение пузырно-маточного свища, удаление плода из полости мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря, надвлагалищная ампутация матки с удалением маточных труб с обеих сторон.

При операции выявлены выраженные рубцовые сращения между мочевым пузырем, телом матки и парьетальной брюшиной. Матка размерами 11,0x9,5x10,0 см, бледно-розового цвета, мягковатой консистенции, с гладкой наружной поверхностью. Имеет ограниченную подвижность из-за спаечного процесса. Острым путем произведено отделение мочевого пузыря от передней поверхности матки до уровня свищевого хода. Мочевой пузырь вскрыт. Из его полости удален мертвый мацерированный плод вместе с плодными оболочками с выраженными признаками аутолиза. Циркулярным разрезом вокруг свищевого хода мочевой пузырь отсечен от матки. Целостность пузыря восстановлена обвивными викриловыми швами, в его просвет через уретру проведен катетер Фолея.

Поэтапно с обеих сторон отжаты, рассечены и лигированы круглые связки матки, собственные связки яичников, мезосальпингсы и маточные концы маточных труб. Между культями круглых связок в поперечном направлении вскрыта пузырно-маточная складка и вместе с мочевым пузырем отсепарована до уровня внутреннего зева матки. С обеих сторон отжаты, рассечены и лигированы ветви маточной артерии. Тело матки с маточными трубами с обеих сторон отсечено на уровне внутреннего зева матки и удалено из раны. Культи шейки матки сформирована непрерывным викриловым швом. Выполнена перитонизация за счет листков парьетальной брюшины. Брюшная полость дренирована двумя силиконовыми дренажами. Рана брюшной стенки послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана из стационара на 8-е сутки.

Дискуссия. Среди всех видов урогенитальных свищей пузырно-маточные фистулы считаются наиболее редкими. Тем не менее, к настоящему времени имеется достаточно большое количество отчетов, посвященных данной проблеме. Установлено, что чаще всего пузырно-маточные фистулы встречаются у пациенток, которые ранее перенесли несколько кесаревых сечений. Касаясь диагностических аспектов этого типа свищей, необходимо отметить, что они сопровождаются характерной клинической картиной, включающей недержание мочи, меноурию и нарушение менструального цикла. Диагноз может быть легко установлен с помощью цистоскопии, рентгенологического исследования (цистография, гистерография), а также современных методов визуальной диагностики (УЗИ, МДКТ или МРТ).

В литературе неоднократно публиковались клинические наблюдения беременности на фоне существования пузырно-маточного свища, однако к настоящему времени описано всего два случая миграции эмбриона или плода в полость мочевого пузыря. Guruvare S. и соавторы представили пациентку с макрогематурией и сгустками крови в мочевом пузыре, которой за 18 месяцев до этого проводилось кесарево сечение [1]. При ультразвуковом исследовании заподозрено объемное образование мочевого пузыря, но гистологическое исследование обнаружило в сгустке крови элементы эмбриона.

Первое наблюдение обнаружения плода в мочевом пузыре продемонстрировали Banale K. и соавт. [2]. Больная, которой ранее были проведены два кесаревых сечения, поступила с жалобами на боли внизу живота и макрогематурию. За сутки до этого ей был произведен аборт по поводу беременности в сроке 17 недель. При ультразвуковом исследовании в просвете мочевого пузыря

выявлен плод. По-видимому, дилатация цервикального канала или кюретаж полости матки привели к повреждению передней стенки матки и задней стенки мочевого пузыря, что позволило плоду мигрировать в мочевой пузырь. Цистоскопическое исследование обнаружило мертвый плод и свищевое отверстие диаметром до 2,0 см по задней стенке мочевого пузыря. Пациентке выполнено удаление плода из мочевого пузыря с отдельным ушиванием дефектов мочевого пузыря и матки.

Наше клиническое наблюдение является уникальным по нескольким параметрам. Впервые представлено наступление беременности на фоне существования пузырно-маточного свища, который сформировался более 10 лет назад. В отличие от наблюдения Banale K. и соавт, когда плод мигрировал в мочевой пузырь через травматический канал, мы впервые зафиксировали миграцию достаточно крупного плода (11 недель) через длительно существующий свищевой ход диаметром около 2,0 см. По-видимому, размеры свища увеличивались по мере увеличения размеров матки, что позволило плоду переместиться в мочевой пузырь. Мы не смогли четко зафиксировать момент миграции, так как клиническая картина развилась за 3 суток до операции, а морфологические изменения плода соответствовали более отдаленным срокам смерти. Возможно, что плод к моменту миграции был уже мертвым, а после его перемещения свищевой ход значительно сократился.

Необходимо отметить, что у нашей пациентки в анамнезе имелись два кесаревых сечения. Клинические симптомы пузырно-маточного свища серьезно не беспокоили больную до самого последнего момента, а беременность до 11 недель протекала без осложнений. Хотя хирургические пособия, применяемые для ликвидации пузырно-маточных свищей, предусматривают как сохранение, так и удаление матки, мы прибегли к органосохраняющему варианту хирургической тактики из-за возраста и желания пациентки.

Заключение. Наступление беременности возможно на фоне длительного существования пузырно-маточного свища. Миграция плода из полости матки в мочевой пузырь является одним из осложнений пузырно-маточных фистул.

Литература

1. Curuvare S., Kushtagi P., Thomas J. Spontaneous abortion through the bladder. *Int.J.Gynaecol.Obstet.* 2004;87:172-173
2. Banale K., Javali T., Babu P., et al. Fetus in bladder. *Indian Journal of Urology.* 2013;29: 351-352

RE-DO ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ

А.М. Любчак, М.А. Любчак, Р.П. Гребенюк

Больница скорой медицинской помощи "INTO-SANA" г.Одесса.

Вступление. Определение "стриктура уретры" обозначает наличие сужение просвета мочеиспускательного канала с рубцовым изменением губчатого тела уретры после перенесенного воспаления или травм (23). При этом протяженность пораженного сегмента не длиннее 2 см определяется как стриктура, а более протяженное поражение именуется как стриктурная болезнь, и поражение всей уретры до мембранозного отдела - как пануретральная стриктура (15). Фиброз обычно затрагивает периуретральное губчатое тело, приводя к потере эластичности и сужению просвета (5). Ввиду того, что губчатое тело уретры является сосудистым образованием, его рубцовый процесс следует рассматривать как флебит и перифлебит без четких границ. Этим объясняется расширение границ сужений после уретропластики (1). Успех анастомотической и дорзальной on-lay уретропластики одинаковый, но послеоперационные осложнения чаще отмечены после анастомотических операций (5). Рецидив стриктур после уретропластик может принимать форму короткого сегмента, фиброзного кольца на проксимальном или дистальном участке или обширного фиброза (16). При этом стриктура прогрессирует и процесс приобретает характер стриктурной болезни, для которой характерно срадание не только мочеиспускательного канала, но и всего уrogenитального тракта. Развитие рецидива стриктуры стволовой части уретры требует выполнения заместительной уретропластики, так как резекция с концевым анастомозом неприемлема. В настоящее время в качестве материала для реконструкции рецидивной пенильной стриктуры на первом месте стоит букальный трансплантат, и затем васкуляризованный лоскут (11,18,21,24). Рецидив стриктуры в головочно-венечной части стволового отдела уретры можно устранить двухэтапной операцией с использованием трансплантата слизистой щеки (8). Или одноэтапно через вентральную уретротомию трансплантатом расширить просвет уретры (13). Возможна одноэтапная реконструкция тубуляризованным букальным трансплантатом (19). При одноэтапных повторных уретропластиках предпочтение отдается дорзальному (on-lay) расположению трансплантата или васкуляризованного лоскута как в стволовом, так и в бульбарном отделе, позволяющему минимизировать риск послеоперационного свища, что особенно важно при утолщенной, пораженной