

## РАСШИРЯЮЩАЯ ПЛАСТИКА СТРИКТУРЫ БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

*В.Н.Лесовой, Н.Л.Панасовский, А.В.Аркатов, Е.И.Ситникова*

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].

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 бульбо-мембранозного отдела уретры.

**Цель работы.** Анализ результатов оперативного лечения стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры методом расширяющей пластики буккальным трансплантатом.

**Материалы и методы.** В андрологическом отделении ОКЦУиН им. В.И.Шаповала с 2012 по 2015г. находилось на лечении 23 пациента 18-68 (57) лет с протяженной стриктурой бульбо-мембранозного отдела уретры в среднем 3,5см. По этиологическому фактору - 10 пациентов( 43,4%) - посттравматической этиологии, 4 пациента (17,4%) - воспалительного характера и 9 пациентов (39,2%) ятрогенной причины.

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

Всем пациентам была выполнена расширяющая пластика буккальным трансплантатом. На 14-16 сутки после операции удаляли уретральный катетер.

**Результаты и их обсуждение.** К осложнениям в раннем послеоперационном периоде мы отнесли гематому послеоперационной раны у 3 пациентов (13,4%), свищ уретры у 1 пациента (4%). К поздним осложнениям – рецидив стриктуры мы наблюдали у 2 пациентов ( 8,4%).

В 91,6% случаев протяженных стриктур бульбо-мембранозного 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 mucosae urethroplasty: experience 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 recurrent bulbar urethral strictures/ A. O Riordan, R.Narahari, V.Kumar// B.J.Urol.Int.-2008. -№102.-P.1148-51.

## ХИРУРГИЯ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*В.Н.Лесовой, Н.Л.Панасовский, А.В.Аркатов, Р.В.Щербаков, Е.И.Ситникова*

Харьковский национальный медицинский университет

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

В 1977 году В.С.С Crawford сформулировал определение скрытого полового члена, которым и пользуются до сих пор: «скрытый половой член - это редкая врожденная аномалия, при которой ствол полового члена имеет нормальные размеры соответствующие возрасту, но скрыт окружающими тканями мошонки и подкожно - жировой клетчаткой лонной области». В течение долгих лет основной рекомендацией врачей пациентам со скрытым половым членом было: пациент должен дожидаться периода полового созревания, и аномалия исчезнет сама собой. Но при скрытом половом члене никаких изменений в лучшую сторону при достижении пубертата не происходит,

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