

Матеріали науково-практичної конференції «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В УРОЛОГІЇ, АНДРОЛОГІЇ ТА ОНКОУРОЛОГІЇ»

м. Дніпро
3–4 жовтня 2019 р.

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ МЕГАЦИСТУ ВНАСЛІДОК ТРИВАЛОЇ ІНФРАВЕЗИКАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

Л.П. Саричев, Р.Б. Савченко

Українська медична стоматологічна академія

Впродовж останніх десятиліть відмічається стійкий крен у бік медикаментозного лікування ДГПЗ, яке усуває симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ), але не завжди перериває патологічний ланцюг і у ряді випадків призводить до невиправданого затягування оперативного лікування. За даними К.Е.Andersson і співавт. (2011) у післяопераційному періоді майже у 50% пацієнтів, а у віддалені строки у 60% пацієнтів залишаються СНСШ. J.Sonksen і співавт. (2015) відмічають пряму кореляційну залежність між тривалістю інфравезикальної обструкції і порушенням функції детрузора. Нерідко внаслідок утворення мегацисту після усунення обструкції не вдається відновити випорожнення сечового міхура.

В 2017–2019 рр. в урологічній клініці перебувало на лікуванні 5 хворих з декомпенсованим сечовим міхуром внаслідок тривалої інфравезикальної обструкції, яким проведено успішну хірургічну корекцію мегацисту. Наводимо приклад.

Хворий Д., 60 років, госпіталізований зі скаргами на неможливість самостійного сечовипускання, періодичний ниючий біль над лоном. Вважає себе хворим впродовж 7 років. Із анамнезу, 6 років тому з приводу ДГПЗ виконана ТУРП. Сечовипускання відновилося, Q_{\max} – 14,1 мл/сек, об'єм залишкової сечі не перевищував 100 мл. Через рік з приводу збільшення об'єму залишкової сечі до 450 мл, інтермітуючої сечової інфекції хворому накладена цистостома, а через 6 тижнів виконана ТУР стриктури шийки сечового міхура. Впродовж наступних 5 років хворому двічі на рік проводилось комплексне лікування, спрямоване на відновлення мікроцир-

куляції та іннервації сечового міхура, лікування сечової інфекції. При госпіталізації Q_{\max} – 3,1 мл/сек, I-PSS – 35 балів, QoL – дуже невдоволений, PSA – 0,9 нг/мл. За даними УЗД розміри та структура нирок у межах норми, об'єм сечового міхура 720 см³, візуалізуються множинні конкременти, об'єм передміхурової залози – 27 см³, об'єм залишкової сечі – 480 см³. Встановлено діагноз: Рецидив стриктури шийки сечового міхура. Хронічна затримка сечі. Мегацист. Хронічний цистит. Каміні сечового міхура. Під спинальною анестезією, розтином над лоном витончена передня стінка сечового міхура у ділянці верхівки розсічена впоперек на 10 см. Видалено до 20 конкрементів розмірами до 15 мм. Виконано клиноподібну резекцію шийки сечового міхура. Далі стінка сечового міхура впродовж 6 см методом гідропрепаровки лібералізована від адвентиції в напрямку шийки сечового міхура та впродовж 6 см від слизової в напрямку дна сечового міхура. Лібералізовану від адвентиції нижню частину сечового міхура підшито по краю безперервно-вузловим швом VICRYL 3/0 до лібералізованої від слизової верхньої частини сечового міхура. Далі верхня частина стінки сечового міхура накладена на нижню і також підшита по краю безперервно-вузловим швом VICRYL 3/0, утворивши дублікатуру. Стінки сечового міхура додатково зшиті між собою поодинокими вузловими швами VICRYL 3/0. Сечовий міхур дреновано уретральним катетером Foley 20 F, який видалений на 8 добу. При контрольному обстеженні через 6 місяців максимальний об'єм сечового міхура – 320 см³, об'єм залишкової сечі не перевищував 70 см³, Q_{\max} – 17,6 мл/с, I-PSS – 8 балів, QoL – вдоволений.

При аналізі, загальна кількість позитивних віддалених післяопераційних результатів (гарний, задовільний результат) склало 91,5%. Таким чи-

ном мінімізація кількості швів при з'єднанні сечоводу та клаптика сечового міхура дає досить велику кількість позитивних результатів.

СУЧАСНА АПАРАТНА ФІЗІОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Л.І. Красилюк, Ф.І. Костев, О.В. Руденко

Одеський національний медичний університет

Актуальність проблеми хронічного простатиту (ХП) пов'язана із багатофакторністю етіопатогенезу, зниженням якості життя, психологічним дискомфортом, що відчувають чоловіки у зв'язку із цим захворюванням. В Україні хронічний простатит зустрічається в 19% чоловіків молодого віку, досягаючи 90% у чоловіків старших вікових категорій. В 30% хворих молодого віку може розвинути передчасна або недостатня еякуляція, для виконання статевих актів ерекція, пригнічення статевих потягів, а при тривалому перебігу захворювання – еректильна дисфункція (ЕД).

Мета даного дослідження – оцінити ефективність низькодозової ударно-хвильової терапії (НУХТ) у комплексному лікуванні чоловіків з незапальною формою синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) (категорія ІІВ по NIH) ускладненого еректильною дисфункцією.

Обстежено 27 пацієнтів з незапальною формою ХП/СХТБ, ускладненою еректильною дисфункцією, у віці від 28 до 45 років (середній вік склав – $34,28 \pm 6,81$ року). Тривалість захворювання становила не менш 6 місяців. Обстеження включало: анкетування за шкалою симптомів ХП (NIH-CPSI); Міжнародний індекс еректильної функції (MіЕФ-5); Міжнародна система сумарної оцінки захворювань передміхурової залози (IPSS); пальцеве ректальне дослідження (ПРД); мікроскопічне й бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози; визначення рівня загального тестостерону (Т) у плазмі крові, рівня загального ПСА крові; трансректальне ультразвукове дослідження передміхурової залози (ТРУЗД). Терапія ХП/СХТБ у перебігу одного місяця включала: нестероїдні протизапальні препарати, альфа-адреноблокатори, антидепресанти або протиепілептичні препарати в стандартних дозуваннях і схемах прийому.

Аналіз результатів лікування показав наступне розходження показників у групах. Так, сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 19,07% й 62,88% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Сума балів за даними опитувача MіЕФ-5 після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи збільшилася на 24,54% й 35,79% у порівнянні з вихідними показниками. IPSS після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 10,26% й 43,89% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Обсяг передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів першої групи зменшилися на 17,82% й 31,47% відповідно в порівнянні з вихідними показниками. Показники рівня загального тестостерону в першій групі вірогідно не змінилися. У другій групі пацієнтів сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування зменшилися на 15,16% й 42,83% відповідно в порівнянні з попередніми показниками. Сума балів за даними опитувача MіЕФ-5 після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів другої групи збільшилася на 9,32% й 6,37% у порівнянні з вихідними показниками. IPSS після лікування та через 2 місяці після лікування в пацієнтів другої групи зменшилися на 18,68% й 27,21% відповідно в порівнянні з попередніми даними. У пацієнтів другої групи об'єм передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування зменшився на 9,92% й 14,49%. Показники рівня загального тестостерону у хворих другої групи вірогідно не змінилися.

Таким чином, через 2 місяці лікування в пацієнтів обох груп прояви больового синдрому

стали незначно вираженими, проте, у хворих основної групи через 2 місяці після лікування сума балів за шкалою NIH-CPSI була майже на 30,0% нижче ніж у групі контролю; порушення еректильної функції у пацієнтів основної групи не було відзначено, а у хворих групи контролю відзначалось деяке покращення еректильної функції, статистично не достовірне, яке в балах відповідало ЕД легкого ступеня важкості; показник Міжнародної системи сумарної оцінки захворювань передміхурової залози (IPSS) покращився у пацієнтів обох груп, але в основній групі через 2 місяці після лікування він був на 17,7% нижчим, ніж у хворих групи контролю; аналогічні зміни були відмічені при визначенні

об'єму ПЗ, який у пацієнтів основної групи через 2 місяці після лікування був на 15% меншим, ніж у хворих групи контролю.

При застосуванні НУХТ не було відзначено жодного випадку значимої побічної дії або небажаного явища. У деяких пацієнтів в місці впливу аплікатора відзначалися локальні, незначно виражені, поверхневі синці екхимозного характеру, що, як зазвичай, самостійно зникають до наступного сеансу.

Використання НУВТ у комплексному лікуванні чоловіків з незапальною формою ХП/СХТБ, ускладненою еректильною дисфункцією, є ефективним, неінвазивним і безпечним методом фізіотерапії.

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ ОРТОТОПІЧНИХ ТА ГЕТЕРОТОПІЧНИХ СЕЧОВИХ РЕЗЕРВУАРІВ

Р.В. Савчук, О.М. Колосов, П.С. Філіппов

Одеський національний медичний університет

Основним методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) є радикальна цистектомія (РЦЕ) у різних модифікаціях. У статті проведена оцінка бактеріального спектра ортотопічних і гетеротопічних сечових резервуарів у ранньому і пізньому післяопераційному періоді після РЦЕ. У дослідженні брали участь 54 пацієнти: чоловіки 46 (85,2%), жінки – 8 (14,8%). Для відведення сечі після РЦЕ досліджуваним пацієнтам була виконана ортотопічна реконструкція сечового міхура за Штудером у 19 (35,2%) хворих, деривація сечі за Бриккером – у 35 (64,8%). Протягом першого року після ортотопічної або гетеротопічної пластики відбуваються функціональна адаптація і морфологічна трансформація кишкового епітелію до нового агресивного середовища (сечі).

У цей період слизова найбільш сприйнятлива до колонізації і життєдіяльності патогенних й умовно-патогенних мікроорганізмів. Мікроорганізмом, що найчастіше зустрічається у нашому дослідженні, була *Escherichia coli*, яка визначалася в обох групах незалежно від виду деривації сечі. Серед інших збудників були верифіковані: *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella species*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus species*.

Неоцист більш сприйнятливий до персистенції та розвитку інфекційно-запального процесу, що потребує ретельнішого контролю за уродинамікою, об'ємом залишкової сечі, а також проведення курсів антибактеріальної терапії відповідно до результатів бактеріологічного дослідження сечі, особливо при цукровому діабеті.