

# 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 см<sup>3</sup>, візуалізуються множинні конкременти, об'єм передміхурової залози – 27 см<sup>3</sup>, об'єм залишкової сечі – 480 см<sup>3</sup>. 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 см<sup>3</sup>, об'єм залишкової сечі не перевищував 70 см<sup>3</sup>,  $Q_{\max}$  – 17,6 мл/с, I-PSS – 8 балів, QoL – вдоволений.

# УЛЬТРАСТРУКТУРНА ТРАНСФОРМАЦІЯ СТІНКИ КЛУБОВОЇ КИШКИ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ АРТИФІЦІАЛЬНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

*Р.В. Савчук, Д.О. Жуковський, А.І. Задорожнюк*

*Одеський національний медичний університет*

Морфологічні зміни стінки артіфіціального сечового міхура різноманітні та їх дослідження триває з моменту створення першого кондуїту з ділянки клубового кишечника. Метою роботи було вивчення структурно-функціональної трансформації слизової та стінки неовладдера через 12 місяців, після ілеоцистопластики в експериментальних умовах на *mini-pigs*. Матеріалом цієї роботи послужили результати експериментальної моделі неовладдера, створеної шляхом виконання цистектомії та ілеоцистопластики у 9 експериментальних *mini-pigs*. Через 12 міс. після проведення операції моделювання сечового міхура тварин виводили з досліду передозуванням нембуталу, дотримуючись положень «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, використуваних для експериментів або в інших наукових цілях». Наші морфологічні дослідження артіфіціального сечового міхура, сформованого з сегмента *ileum* через 12 місяців після ортотопічної ілеопластики довели значні ультраструктурні зміни в епітеліальному шарі неовладдера. Ворсинки клубової кишки в умовах артіфіціального сечового міхура

зменшуються та згладжуються, епітеліоцити набувають схожості з проміжним епітелієм. Сполучнотканинна пластина стовщується та грубішає, м'язова оболонка в свою чергу також стовщується. Зразки клубової кишки, які залишалися в звичайному оточенні, без взаємодії з сечею не зазнавали значних морфологічних трансформацій та не відрізнялися від зразків інтактною *ileum*. Трансплантація сегмента клубової кишки для виконання нових, не запрограмованих функцій змушує його адаптуватися до нових умов, хоча від самого початку сечовий міхур та *ileum* мають різне походження та будову. Нові агресивні умови та постійний контакт з сечею призводять до трансформації слизової клубової кишки та набувають нових рис, необхідних для виконання нової функції. Перспективою подальших досліджень артіфіціального сечового міхура є вивчення змін енергетичного гомеостазу, нейрогуморальної та синоптичної регуляції та пошук нових лікарських з'єднань здатних впливати на скорочувальну активність неоцисту та покращувати якість життя хворих з ортотопічною дерівацією сечі.

## СЕКСУАЛЬНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ

*О.В. Бухмін, В.В. Мегера, В.В. Россіхін, А.В. Шусь*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Удосконалювання апаратури і технічних навичок виконання трансуретральної резекції (ТУР) простати дозволяє цій методиці не тільки втримувати провідні позиції, але й розширювати показання до її застосування.

Критерієм вибору методу лікування є його доступність, безпека для життя, достатня комфортність, можливість підвищити рівень якості життя пацієнта. Важливою складовою оцінки якості життя багатьох чоловіків є збе-

реження їхньої сексуальності, зниження якої значно впливає на психосоматичний стан людини, багато в чому визначаючи його відношення до планового лікування і його результатів.

Різні способи ТУР простати часто впливають на складові копулятивного циклу хворого після операції.

З метою визначення стану сексуальності пацієнтів, застосовувався метод анкетування за