

Імплантація препаратів гіалуронової кислоти в головку статевого члена

О.С. Федорук, К.А. Владиченко, В.І. Зайцев, І.І. Ілюк, В.Т. Степан, В.В. Візнюк, М.С. Степанченко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Передчасна еякуляція – це стан, при якому статевий акт триває недостатньо довго – кілька секунд або хвилин, також наявна незадоволеність від статевих актів в обох партнерів або хоча б в одного з них. Існує кілька визначень передчасної еякуляції, кожне з яких тією чи іншою мірою відображає проблему швидкого сім'явиверження і незадоволеність цим станом у сексуальних партнерів.

За статистикою, тривалість статевих актів, яка задовольняє обох партнерів, – від 7 до 15 хв. Жінки вважають, що нормальна тривалість статевих актів до настання еякуляції становить в середньому 11,5 хв. Виявлено певну географічну варіабельність цього параметра: Великобританія, Франція, Італія – 9 хв, США – 13 хв, Німеччина – 7 хв.

Мультицентрове дослідження передчасної еякуляції виявило, що тривалість статевих актів «середнього» чоловіка становить від 7 до 14 хв. «Глобальне дослідження сексуальних взаємин і поведень», яке охопило 29 країн і 27 000 респондентів віком від 40 до 80 років (13 882 жінок і 13 618 чоловіків), виявило, що приблизно 40% чоловіків досягає оргазму в межах 2–3 хв від початку статевих актів, а у більшості чоловіків оргазм настає до закінчення хвилини або навіть у межах 10–20 с після введення статевого члена.

Причини передчасної еякуляції: відсутність досвіду контролю сім'явиверження, висока чутливість статевих органів, за-

пальні захворювання статевої системи, неврологічні захворювання і травми, алкоголізм і наркоманія.

Для діагностики гіперчутливості головки статевого члена проводять лідокаїновий тест. Метод застосовують із діагностичною та лікувальною метою. Безпосередньо перед статевим актом на головку статевого члена наносять гель з місцевим анестетиком. У разі збільшення тривалості статевих актів вважають доведеною гіперчутливість головки статевого члена як провідну причину ранньої еякуляції.

Сучасним методом лікування передчасної еякуляції при позитивному лідокаїновому тесті є імплантація гіалуронової кислоти в найбільш чутливі ділянки головки статевого члена. Ефективність цього методу становить 75–80%. Ця маніпуляція рекомендується для використання як первинний метод лікування передчасної еякуляції, що володіє доведеною високою ефективністю, безпекою та швидкою реабілітацією пацієнта.

Даний метод дозволяє відокремити чутливі рецептори від поверхневого шару шкіри, що спричинює зниження чутливості органа і подовжує тривалість статевих актів. У сучасній медичній практиці залежно від побажань пацієнта можливе введення різних видів гелю, розрахованих на різний термін повного розсмоктування. Після розсмоктування гелю гіалуронової кислоти у більшості пацієнтів формується стійка (часом довічна) установка на тривалий статевий акт.

Методика гемостазу при залобковій простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

І.В. Барало, Б.І. Барало

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Останні два десятиріччя характеризуються застосуванням ефективної медикаментозної консервативної терапії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) з компенсованим, а інколи, субкомпенсованим станом скорочувальної здатності детрузора. Під час виникнення показань до хірургічного лікування, коли постає питання вибору методу хірургічного лікування, все частіше переважають пацієнти з об'ємом ПЗ, за даними трансректального ультразвукового дослідження, значно більшими, ніж 80 см³. Згідно з діючими протоколами лікування, оптимальною операцією при менших розмірах вузлів гіперплазії є трансуретральна резекція ПЗ, при більших – відкрита простатектомія (або лапаро-, ендоскопічна, роботизована, лазерна енуклеація тощо).

Широкому загалу пацієнтів з ДГПЗ в Україні проводять чезрезміхурову, рідше – залобкову простатектомію.

Мета дослідження: опрацювання методики гемостазу при залобковій простатектомії з урахуванням можливих джерел венозної та артеріальної кровотечі.

Матеріали та методи. В урологічній клініці Вінницького медичного університету імені М.І. Пирогова на базі урологічного відділення Вінницької обласної лікарні імені М.І. Пирогова накопичений досвід виконання більше 2500 простатектомій залобковим доступом з 1968 року. У 2010 році запропоновано спосіб гемостазу при простій залобковій простатектомії (патент України на винахід № 92700 від 25.11.2010 бюл. № 22).

Результати. Інколи джерелом інтенсивної венозної кровотечі після розсічення передньої фіброзної стромі буває, як правило, дорсальний венозний комплекс, а артеріальної – простатичні артерії на 5-й та 7-й годинах умовного циферблату заднього півкола шийки сечового міхура. Кровотечу із вен дорсального комплексу попереджають прошиванням двома Z-подібними вікриловими лігатурами передньої фіброзної стромі з венами. Розріз перед пальцевим вилуцуванням вузлів гіперплазії виконують в проміжку між цими двома попередніми лігатурами. Гемостаз під час кровотечі із простатичних артерій проводять накладанням двох Z-П-подібних кетгуттових № 3 лігатур над артерією з виведенням лігатур таким чином, щоб їхні кінці після проколу стінки шийки сечового міхура з боку адвентиції були виведені з боку слизової оболонки. Це дає змогу застосовувати кінці цих лігатур для моделювання шийки сечового міхура. Кінці цих лігатур через проколи фіброзної стромі зсередини-назовні зав'язуються зі

сторони адвентиції. Після проведення спарених уретральних дренажів або трихогового катетера Фолі зашиванням розрізу передньої фіброзної стромі відновлюється цілість сечового тракту. Зрошення сечового міхура припиняють із зникненням макрогематурії, як правило, на третю добу. У цей самий день видаляють страхові дренажі із простору Retsii. Уретральний дренаж і шкірні шви видаляють на 5–7-й день. Більшість хворих виписують із стаціонару на 7–10-й день.

Із застосуванням описаної методики гемостазу прооперовано 43 хворих. Стаціонарний етап післяопераційного періоду перебігав у всіх пацієнтів задовільно, ускладнень, які б вимагали гемотрансфузій та повторних операцій, не було.

Заключення. Запропонований метод гемостазу при залобковій простій простатектомії доступний для виконання, надійний, рекомендується для застосування в урологічних стаціонарах, де виконують простатектомії залобковим доступом.

Аналіз результатів радикальних оперативних втручань у хворих на рак сечового міхура за 5 років

В.П. Стусь, В.М. Краснов, М.Ю. Поліон, І.А. Осінній, С.А. Дяговець

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені Мечникова»

Серед 28 країн Європейського Союзу (ЄС), більше ніж у 120 тис. людей щорічно діагностують рак сечового міхура (РСМ) та більше 40 тис. помирає щорічно. РСМ є шостою причиною смертності. РСМ коштував ЄС 4,9 млрд євро за 2012 рік, при цьому вартість послуг охорони здоров'я становила 2,9 млрд євро (59%), тобто 5% від усіх витрат на онкологічну допомогу. На лікування РСМ у 2012 році витрачено 3% усієї вартості онкологічних захворювань у ЄС (143 млрд євро).

Показання до цистектомії (ЦЕ):

- м'язово-інвазивний РСМ;
- рецидив після органозберігаючого лікування;
- наявність неперехідно-клітинних пухлин;
- кровотеча з сечового міхура;
- розпад пухлини;
- пухлинні норичі.

Спосіб деривації сечі у разі ЦЕ залежить від онкологічного статусу хворого, стану верхніх сечових шляхів та кишечнику, самопочуття пацієнта, досвіду та уподобань хірурга. При інконтинентних типах деривацій у КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені Мечникова» виконували уретерокутанеостомію та операцію Брікера, у разі континентних деривацій – операцію Штудера.

Протягом 5 років спостереження (2012–2016) було виконано 193 цистектомії, з них: операцій Брікера – 12, операцій Штудера – 21, тобто відсоток уретерокутанеостомій становив 82,9% (n=160). Отримані показники були порівняні з Національним Інститутом Раку, де цей показник склав 8%. Проте у порівняльному аспекті відсоток уретерокутанеостомій нашої клініки зменшився з 88,6% у 2012 році до 57,9% у 2016 році, а кількість операцій Штудера та Брікера відповідно зросла у 3,7 разу (з 11,4% до 42,1%).

Кількість ускладнень за шкалою Clavien–Dindo під час виконання уретерокутанеостомій: II – 145 (90,6%), III – 12 (7,5%), IV – 2 (1,3%), V – 1 (0,6%), при інших видах операцій: II – 31 (93,9%), III – 2 (6,1%). Середній бал за Карновським для уретерокутанеостомії – 68,1±0,6, для операції Брікера – 72,5±2,2 (p<0,05 порівняно з уретерокутанеостомією), для операції Штудера – 81,4±1,7 (p<0,001).

Таким чином, порівняння результатів власної роботи з провідними установами країни є важливим елементом удосконалення роботи і, як наслідок, дозволило збільшити кількість операцій Штудера та Брікера майже у 4 рази за 5 років.

Ключові слова: цистектомія, деривація сечі, операція Брікера, операція Штудера, уретерокутанеостомія.