

УДК 616.006.55-089.87+616.65-007.61-089

ОБГРУНТУВАННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ЧЕРЕЗ-МІХУРОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА ТРАНС-УРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.С. Федорук, Т.Л. Томусяк¹, К.А. Владиченко, І.К. Арійчук², Б.В. Топор³

Буковинська державна медична академія,

¹Чернівецький національний університет

ім. Ю. Федьковича, ²Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги, ³Одеська обласна клінічна лікарня

При радикальному лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) застосовується низка операцій, які завжди потребують чіткого обґрунтування показань до їх виконання. Вибір методу оперативного втручання багато в чому залежить від стану уродинаміки нижніх сечових шляхів, розмірів ДГПЗ. Залежно від симптомокомплексу при ДГПЗ виділяють, як відомо, два типи клінічного перебігу. При першому переважають симптоми хронічної затримки сечі, при другому – полакіурія з імперативними позивами і нетриманням сечі, зумовленими переподразненням нервових закінчень у межах шийки сечового міхура і задньої уретри вузлами ДГПЗ. При “нестабільному” детрузорі кращі результати дає трансуретральна резекція (ТУР) передміхурової залози (ПЗ), а не черезміхурова простатектомія (ЧП), оскільки діатермічний вплив токів високої частоти в ділянці шийки сечового міхура трансформує гіперрефлексію, яка в подальшому проявляється клінічною арефлексією. Кращого функціонального результату незалежно від використаного методу операції досягають при обструктивній клінічній картині захворювання. Із 80 хворих, обстежених нами у віддалені (більше 2-х років) терміни після операції, оцінка результатів лікування ґрунтувалася на функціональних показниках з урахуванням характеру виконаної операції. Як показали уродинамічні дослідження, основною причиною нетримання сечі після ЧП було пошкодження сфінктерів уретри, після ТУР – рубцеві процеси. Частота цих ускладнень пояснюється синтопічним впливом гіперплазованих вузлів на зовнішній сфінктер уретри. Крім того, 10-20%, а іноді і 50% об’єму ДГПЗ розташовується дистальніше сім’яного горбика. Вказані взаємовідношення виявляються тільки при уретроскопії. Енуклеація гіперплазованих вузлів з вираженою підсфінктерною частиною може супроводжуватися пошкодженням зовнішнього сфінктера з подальшим нетриманням сечі, тому, на нашу думку, широким застосуванням ТУР можна запобігти цим ускладненням. Відомо, що для нормальної еякуляції після операції з приводу ДГПЗ необхідні цілісність сім’яного горби-

ка та внутрішнього сфінктера уретри. Радикальна ТУР у всіх випадках, крім випадків внутрішньоміхурового росту ДГПЗ, передбачає резекцію внутрішнього сфінктера. При ЧП з наступним зашиванням шийки сечового у більшості випадків зберігається нормальна еякуляція. Отже, при внутрішньоміхуровій формі росту ДГПЗ для збереження репродуктивної функції слід надавати перевагу ТУР. При вираженій підсфінктерній частині доцільно виконувати ТУР ПЗ, при надсфінктерному варіанті розташування вузлів (особливо великих розмірів) – ЧП. Знання особливостей клінічного перебігу захворювання, варіантів взаємовідношень ДГПЗ та зовнішнього сфінктера уретри допомагає вибрати адекватний метод радикальної операції при лікуванні хворих на ДГПЗ.

УДК 616.65-007.61

ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.С. Федорук, Т.Л. Томусяк¹, Б.В. Топор², К.А. Владиченко

Буковинська державна медична академія,

¹Чернівецький національний університет

ім. Ю. Федьковича, ²Одеська обласна клінічна лікарня

У клінічному перебігу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) виділяють 3 стадії, які умовно характеризуються як стадії компенсації, субкомпенсації і декомпенсації функції сечового міхура, верхніх сечових шляхів і нирок. У I стадії (компенсації) ми виділяємо 2 варіанти перебігу. При переважно внутрішньоміхуровому рості ДГПЗ зазначено помірний ступінь розладу сечовипускання і компенсоване порушення уродинаміки нижніх сечових шляхів (НСШ). При переважно ретротригональному рості ДГПЗ розладів сечовипускання немає або вони були виражені помірно, уродинаміка НСШ не порушена або в стадії компенсації. Зазначається одно- або двобічне помірне порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів (ВСШ), яке зумовлює розвиток у хворих латентної стадії хронічної ниркової недостатності (ХНН). У 2 стадії (субкомпенсації) виділено 3 варіанти перебігу. При переважно внутрішньоміхуровому рості ДГПЗ виявляються значні розлади сечовипускання і субкомпенсована функціональна недостатність НСШ, а уродинаміка ВСШ і функціональний стан нирок помірно погіршені. При переважно ретротригональному рості ДГПЗ спостерігаються помірні розлади сечовипускання, компенсована функціональна недостатність НСШ, помірне порушення уродинаміки ВСШ, компенсована або інтермітуюча стадія ХНН. При дифузному рості ДГПЗ на фоні

значних розладів сечовипускання розвиваються субкомпенсовані зміни як НСШ, так і ВСШ та нирок. У 3 стадії (декомпенсації) виділено 2 варіанти перебігу. Перший варіант характеризується розвитком парадоксальної ішурії і термінальної стадії ХНН, другий – помірним порушенням сечовипускання та уродинаміки НСШ, а також порушення ВСШ, які призводять до інтермітуючої або термінальної стадії функціональної недостатності нирок. Практична цінність означених варіантів перебігу ДГПЗ полягає в тому, що вона дозволяє в кожному конкретному випадку обирати тактику і метод лікування, визначити терміни і метод оперативного втручання, обсяг передопераційної підготовки, вид знеболювання, а також прогнозувати результати лікування.

УДК 618.177-089.888.11:616-072.1

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛАПАРОСКОПІЧНИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ БЕЗПЛІДНОСТІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ

*О.М.Юзько, Т.А.Кириляк, С.Г.Приймак,
С.П.Польова, Т.А.Юзько*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Трубно-перитонеальному фактору у структурі жіночої безплідності належить провідна роль. При даній формі безплідності в практичну медицину активно впроваджуються методи лапароскопічного лікування. Лапароскопія дала змогу радикально змінити лікування безплідності трубного походження (БТП), особливо при значному спайковому процесі в малому тазу та дистальних оклюзіях III-IV ступеня. Тривають дискусії про перевагу штучного запліднення в такій ситуації. Комбінований підхід, тобто видалення уражених маткових труб з наступним штучним заплідненням підвищує ефективність лікування БТП. Результати 273 лапароскопій у жінок з БТП засвідчують, що ступінь відновлення прохідності маткових труб досить високий (від 50% при IV ступені трубної оклюзії до 90% при I ступені), але вагітність в цілому настає тільки у 20% пацієнток. Найбільша (до 55%) вона при I ступені ураження маткових труб та мінімальному спайковому процесі в ділянці придатків матки. За результатами наших досліджень, частіше (28%) вагітність настає у пацієнток після штучного запліднення з попереднім лапароскопічним видаленням гідросальпінксів, у порівнянні з групою, у яких гідросальпінкси не були видалені (20%). Ефективність лікування БТП повинна органічно поєднуватись із сучасними допоміжними репродуктивними технологіями.

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ТА СТОРІНКИ ІСТОРІЇ

УДК 611 (091)

ПРОФЕСОР М.Г.ТУРКЕВИЧ – ВИЗНАЧНИЙ АНАТОМ УКРАЇНИ

Ю.Т.Ахтемійчук, Б.Г.Макар, М.Д.Люттик

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

21 жовтня 2004 року виповнюється 110 років від дня народження відомого вченого-анатома Туркевича Миколи Гервасійовича. З його іменем пов'язано створення у Чернівцях відомої морфологічної школи. У 1956 році за конкурсом він обраний на посаду завідувача кафедри анатомії людини Чернівецького державного медичного інституту. Захоплення ембріологічними дослідженнями М.Г.Туркевич зумів

передати співробітникам кафедри та численним учням, створивши першу на Буковині школу анатомів-ембріологів. Колеги по роботі, співробітники кафедри та учні шанували й цінували його не тільки як талановитого вченого, але й як ерудита і шанувальника мистецтва, музики та літератури. Від досконало володів англійською, російською та польською мовами, добре знав французьку та німецьку мови. У 1967 році у видавництві "Медицина" надрукована його монографія "Реконструкція мікроскопических объектов по гистологическим срезам", яка стала настільною книгою кожного науковця-морфолога. Микола Гервасійович був дуже чуйною й доброзичливою людиною, широко ділився своїми глибокими знаннями зі своїми учнями та співро-

Приклад бібліографічного опису тез:

Ахтемійчук Ю.Т., Макар Б.Г., Люттик М.Д. Професор М.Г.Туркевич – визначний анатом України / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. "Акт. пит. клін. анат. та опер. хірургії" // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С. 94.