

ние полового члена во время интравагинального коитуса произошло в 14 (93,4 %) случаях, тогда как во время анального секса только у одного больного. Средний возраст пациентов составил $24,6 \pm 4,6$ года (диапазон от 20 до 28 лет). Следует отметить, что все пациенты обратились в лечебное учреждение самостоятельно, причем не ранее чем через 5–6 часов после травмы. Средний промежуток времени от момента травмы до оперативного вмешательства составил $8,8 \pm 1,6$ часа. При поступлении мужчин в стационар ни в одном случае не было нарушения мочеиспускания. Дефект белочной оболочки ушивали, используя рассасывающийся шовный материал (викрил). После оперативного вмешательства устанавливали уретральный катетер, который удаляли через 5–6 дней после операции. Повреждение уретры не было ни в одном случае. Повторный осмотр мужчин произведен в среднем через 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Результаты. При обследовании ни у одного мужчины не было проявлений инфекции мочевого тракта. Сексуальную функцию и удовлетворенность половой жизнью оценивали с помощью опросника International index of erectile function (IIEF-15), который состоит из 15 пунктов. Следует указать, что сотрудничать с врачом после операции согласились и явились для обследования в условиях медицинского учреждения 9 (60 %) мужчин, которые были подвергнуты оперативному вмешательству и которым было направлено приглашение для посещения врача. Однако 6 (40 %) оперированных пациентов пожелали ответить на

вопросы опросника по телефону. Все пациенты были в состоянии совершать полноценное половое сношение. Общий средний балл в результате опроса по шкале IIEF-15 составил $66,8 \pm 8,9$ (диапазон от 56 до 70 баллов). При этом у всех пациентов была удовлетворенность эрекцией (средняя сумма баллов составила $27,6 \pm 3,7$). Незначительное искривление полового члена выявлено у 3 (20 %) мужчин, однако подобное обстоятельство не создавало препятствий для осуществления полового акта. Следует отметить, что у всех пациентов было ощущение оргазма и сохранилась эякуляция. Беременность на момент завершения исследования была у 5 женщин, состоящих в браке с обследованными мужчинами. Удовлетворенность половой жизнью была умеренной в 3 (25 %) случаях (пациенты с искривлением полового члена) и очень хорошей у остальных пациентов (средняя сумма баллов составила $8,4 \pm 0,6$). Однако больные с искривлением полового члена не дали согласия на оперативное вмешательство с целью коррекции.

Заключение. Таким образом, экстренное оперативное вмешательство при переломе полового члена, выполненное в короткие сроки после получения травмы, позволяет предотвратить эректильную дисфункцию. Искривление полового члена после перенесенной травмы не влияет на качество сексуальной жизни мужчин. Однако нами проведено исследование на небольшом количестве пациентов, поэтому необходимо продолжить изучение последствий травмы полового члена с учетом большого количества случаев.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© *Т.В. Улитко, М.С. Желтоухов, Р.Э. Амдий*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Дисфункция мочевого пузыря может быть следствием нарушений со стороны центральной нервной системы, мочевых органов и приобретенных заболеваний. По данным литературы, дисфункция мочевого пузыря встречается у 17 % населения и может приводить к хронической болезни почек и значительно снижать качество жизни.

Цель — оценить эффективность внутривезикулярных инъекций ботулотоксина типа А у больных с расстройствами мочеиспускания, резистентных к консервативным методам лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов в воз-

расте от 19 до 71 года, получавших лечение ботулотоксином типа А в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. У 18 пациентов был установлен диагноз нейрогенной гиперактивности детрузора, у 13 — идиопатической гиперактивности детрузора и у 16 — синдром хронической тазовой боли.

Результаты. У 41 из 47 (87,2 %) пациентов с дисфункцией мочевого пузыря после проведения ботулинотерапии наблюдался положительный эффект: уменьшение частоты мочеиспускания и интенсивности позывов, снижение давления при непроизвольных сокращениях детрузора и максимального детрузорного давления, увеличение максимальной

цистометрической емкости. У 13 (27,7 %) пациентов после инъекций ботулотоксина при уродинамическом обследовании произвольных сокращений детрузора не отмечено. Были выявлены некоторые различия в эффективности ботулинотерапии у пациентов с нейрогенными расстройствами мочеиспускания (положительный эффект у 88,9 % пациентов), идиопатической гиперактивностью детрузора (положительный эффект у 93,3 % пациентов) и синдромом хронической тазовой боли (положительный эффект у 81,3 % пациентов). При

повторных инъекциях было обнаружено увеличение промежутка времени между введениями ботулотоксина, то есть наблюдалась тенденция к более длительному сохранению эффекта от лечения.

Выводы. Введение ботулотоксина типа А в стенку мочевого пузыря является эффективным и хорошо переносимым методом лечения, позволяющим достоверно улучшить уродинамические показатели, предотвратить развитие почечной недостаточности и добиться значительного повышения качества жизни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УДВОЕННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

© *Н.А. Филатова¹, М.П. Кучинский¹, Е.А. Солнцева¹, Д.А. Добросердов^{1,2}*

¹ СПбГБУЗ «Детская городская больница № 1» (Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Патология сегментов удвоенной почки, связанная с нарушением уродинамики, занимает одно из ведущих мест в структуре пороков развития почек и мочеточников у детей. В настоящем докладе мы хотим поделиться нашим опытом применения лапароскопической хирургии при лечении этой патологии.

Удвоение почки подразумевает аномалию развития, при которой почка имеет единую паренхиму и две чашечно-лоханочные системы, не связанные между собой. Различают полное и неполное удвоение — в первом случае мочеточники впадают в мочевой пузырь отдельно, во втором — сливаются на каком-либо уровне до впадения в мочевой пузырь. В подавляющем большинстве случаев удвоение почки не требует лечения, однако в 20 % случаев происходит нарушение формирования одного из сегментов, сопровождающееся нарушением уродинамики и снижением функции. Чаще поражается функционально и морфологически неполноценный верхний сегмент.

За пять лет в нашем отделении проведено 237 лапароскопических операций при пороках развития почек и мочеточников, из них при патологии удвоенной почки — 28.

Наиболее часто встречающаяся аномалия развития удвоенной почки — обструктивный мегауретер верхнего сегмента с уретероцеле или без него. Так как при этой патологии всегда отмечается более или менее выраженное снижение функции верхнего сегмента на фоне его дисплазии, операции, сохраняющие верхний сегмент удвоенной почки, стали проводить довольно редко. Нами

проведено 20 верхних геминефроуретерэктомий с использованием лапароскопического доступа. Преимущества его заключаются в возможности мобилизовать и удалить верхний сегмент без травматизации нижнего благодаря адекватной оценке архитектоники почечных сосудов при их мобилизации за счет увеличения изображения и отсутствия их натяжения и смещения, что минимизирует ишемизацию и риск повреждения сосудов оставшегося сегмента, а также в возможности мобилизовать до мочевого пузыря и удалить мочеточник верхнего сегмента без дополнительных разрезов. В этой группе пациентов отмечено одно осложнение — кровотечение из почечной паренхимы, что потребовало однократной гемотрансфузии. Формирования кист и нарушения функции оставшегося нижнего сегмента не наблюдалось.

Нижних геминефрэктомий выполнено 4, поводом для операции во всех четырех случаях послужила гидронефротическая трансформация нижнего сегмента со стенозом в пиелoureтеральном сегменте с отсутствием или резким снижением функции сегмента. Послеоперационные осложнения у пациентов этой группы отсутствовали.

У двоих пациентов с гидронефрозом нижнего сегмента выполнена лапароскопическая пиелопластика по Хайнцу – Андерсену на внутреннем стенке, методика операции и течение послеоперационного периода не отличались от таковых при типичной лапароскопической пиелопластике.

Трем детям с обструктивным мегауретером верхнего сегмента без грубого нарушения функции сег-