

Ассоциация урологов Украины
Харьковский национальный медицинский университет
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Запорожская медицинская академия последипломного образования
ГУ «Днепропетровская медицинская академия»
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала»



МАТЕРИАЛЫ

научно-практической конференции

«УРОЛОГИЯ, АНДРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ – 2015»

27-29 мая 2015 г.

Харьков

УРОЛОГИЯ, АНДРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ – 2015: Материалы научно-практической конференции / Под ред. В.Н.Лесового, И.М.Антоняна и др. – Харьков, 2015. - 239 с.

В сборнике всесторонне рассмотрены ключевые аспекты патогенеза, клиники, диагностики, рациональной профилактики и лечения заболеваний мочеполовых путей.

Освещены достижения и результаты новых научно-практических достижений в урологии, андрологии, нефрологии, трансплантологии, реконструктивной хирургии.

Материалы представляют научный и практический интерес для урологов, андрологов, нефрологов, хирургов, сексопатологов, семейных врачей и врачей-интернов.

Редакционная коллегия: В.Н. Лесовой, И.М. Антонян, Н.М.Андоньева, Д.В.Щукин, И.А.Гарагатый, А.В.Аркатов, В.И. Савенков, И.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.А.Торак

Редакция не несет ответственности за содержание статей, представленных авторами.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ

КЗОЗ «ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І. ШАПОВАЛА» ЗА 2014Р.

Лісовий В.М., Демченко В.М., Дубінін М.С., Омеляненко Г.Л. (м. Харків)..... 14

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ СОБЫТИЯ В ИСТОРИИ УРОЛОГИИ В 2015 г.

Россихин В.В. (г. Харьков)..... 19

ОНКОУРОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ МДКТ

Алтухов А.А., Лесовой В.Н., Шукин Д.В., Гарагатый И.А., Хареба Г.Г., Поляков Н.Н. (г. Харьков) 24

ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ

Возианов С.А., Шамраев С.Н., Носов А.А., Васильева В.Д., Кнышенко А.Н. (г. Киев) 26

МУЛЬТИФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОГО НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

Войленко О.А., Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Стаховський О.Е. (м.Київ)..... 28

РЕЗЕКЦИЯ НИРКИ ЯК МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ В ЦИТОРЕДУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

Войленко О.А., Стаховський Е.О., Стаховський О.Е., Пікуль М.В., Вітрук Ю.В. (м.Київ).... 29

ВАРИАНТЫ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ НЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Зеленский А.И., Антонян И.М., Базаринский О.Г., Зеленский Р.А., Налбандян Т.А., Гранкин И.А., Мошель Ф.Г. (г. Харьков)..... 29

ВПЛИВ ЕМБОЛІЗАЦІЇ НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ НА ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПОТОКУ КРОВІ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

Зеленський Р.О. (г. Харків)..... 31

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТ И СОЕДИНЕННЫХ С КИСТАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кваша А.Н., Ухаль Е.М., Ухаль М.И. (г. Одесса)..... 33

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОНТРОЛЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ В НПВ

Лесовой В.Н., Шукин Д.В., Гарагатый И.А., Хареба Г.Г., Поляков Н.Н., Демченко В.Н., Лийченко В.А. (г. Харьков)..... 35

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ МЕТОДИКИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИЗОЛИРОВАННОГО УЧАСТКА НПВ ПРИ ВЕНАКАВАТРОМБЭКТОМИИ Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Гарагатий И.А., Поляков Н.Н., Хареба Г.Г., Алтухов А.А., Демченко В.Н., Мозжаков П.В. (г. Харьков).....	37
ПОШИРЕНІСТЬ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ ПУХЛИН ЯЄЧКА У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ Лісовий В.М., Хареба Г.Г., Гарагатий І.А., Ханжін В.В. (м.Харків).....	39
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУНКЦИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ПРОСТЫХ КИСТАХ ПОЧЕК Майсара Абдельрахман (г. Харьков).....	40
ВИКОРИСТАННЯ БІОПСІЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ Михайлюта О.О., Михайлюта О.М. (м. Харків).....	41
ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВІВ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ ІНФЕКЦІЇ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ Молчанов Р.М., Блюсс О.Б., Айрапетова К.А. (м. Дніпропетровськ).....	43
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ Пасечников С.П., Серняк Ю.П., Рошин Ю.В., Фуксзон А.С., Мех В.А. (г. Киев).....	45
УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Фуксзон А. С., Рошин Ю. В., Фролов А. С. (г. Киев).....	45
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Рошин Ю. В., Фуксзон А. С., Фролов А. С., Ерошенко И. В., Папина Е. А., Шпак С. А. (г. Киев- г.Краматорск –г.Донецк).....	46
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИЮ УДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Фуксзон А. С., Рошин Ю. В., Литвинов А. И., Криштопа М. В., Фролов А. С, Серняк П. Ю. (г.Киев).....	46
РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Фуксзон А. С., Рошин Ю. В., Фролов А.С. (г. Киев).....	47
ЛОКАЛЬНА ІШЕМІЯ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Стаховський О.Е., Буйвол О.В. (м.Київ)...	47
ЗАЛЕЖНІСТЬ ФУНКЦІЇ НИРКИ ВІД РОЗМІРУ ПУХЛИНИ Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Стаховський О.Е., Войленко О.А., Буйвол О.В. (м.Київ)...	48
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПЛОДОВ КРЫСЫ Товажнянская В.Д. (г. Харьков).....	49
ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОМ РПЖ - НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ.... Хареба Г.Г., Дубинина А.Н. (г. Харьков).....	50

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ СЛУЧАЙ ОТДАЛЁННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА.	
Хареба Г.Г., Черныш П.Б., Савенков В.И., Картавец А.В. (г. Харьков).....	52
ВЫБОР МЕТОДА ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ	
Шамраев С.Н., Генбач И.Д., Васильева В.Д., Носов А.А. (г. Киев –г.Красный Лиман).....	53
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИВЕНОЗНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ	
Щукин Д.В., Яковцова И.И., Данилюк С.В., Бабич М.Н., ТОВАЖНЯНСКАЯ В.Д. (г. Харьков)..	54
ALGORITHM BASED ON PSA, FREE PSA, DRE RESULTS AND PROSTATE VOLUME INCREASE SPECIFICITY OF PROSTATE CANCER SCREENING	
Bachurin G.V. (Zaporizhzhya).....	56
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Антонян И.М., Мегера В.В., Стецишин Р.В., Рошин Ю.В., Геглюк О.Н., Кешишян А.А., Шусь А.В. (г. Харьков).....	58
ДИСТРЕПТАЗА И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОСТРОЙ МОШОНКИ	
Бухмин А.В., Россихин В.В., Туренко И.А. (г. Харьков).....	59
АНАЛІЗ НАДАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОЗПІЗНАННІ ТА ЗАПІДОЗРЕННІ ЯТРОГЕННИХ ТРАВМАХ СЕЧОВОДІВ ТА СЕЧОВОГО МІХУРА ПІД ЧАС АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ	
Горовий В.І., Капшук О.М., Кобзін О.Л. (м. Вінниця).....	61
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОУРЕТРАЛЬНОЇ ТА ІНТРАВАГІНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ УРЕТРИ ТА М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ	
Горовий В.І.(м. Вінниця).....	62
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ	
Горпинченко И.И., Шамраев С.Н., Волос Л.И., Бабюк И.А., Корниенко А.М., Романюк М.Г., Лысенко Н.Н., Ермилов С.Г. (г. Киев – г. Красный Лиман).....	64
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ	
Криворотько В.Ю.(г. Харьков).....	67
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОМБИНИРОВАННУЮ ТРАВМУ ТАЗА И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	
Криворотько Ю.В., Истомин А.Г. (г. Харьков).....	68
СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНКРУСТАЦИИ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	
Кузнецов В.В., Полегенько С.М., Тищенко А.В., Янчуков А.В. Кузнецов В.В. (г. Севастополь).....	69

ВАРИАНТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА	
Любчак А.М., Гребенюк Р.П., Любчак М.А. (г. Одесса).....	70
СЛОЖНЫЕ МОМЕНТЫ ХИРУРГИИ УРЕТРЫ	
Любчак А.М., Гребенюк Р.П., Любчак М.А. (г.Одесса).....	73
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОПЕКСИЯ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ ПОЧКИ.	
Люлько А. А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Сагань А.С., Варвашеня М.В. (г. Запорожье)...	76
ЕФЕКТИВНІСТЬ УРЕТРОПЛАСТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ОСТРІВКОВОГО КЛАПТИКА ПРЕПУЦІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПОСПАДІЇ У ДІТЕЙ	
Переяслов А.А., Поцюрко А.Р., Гримак І.Я., Гижя Б.І., Іваськевич Д.З. (м. Львів).....	78
НАШ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МСР У ДІТЕЙ	
Переяслов А. А., Поцюрко А.Р., Гримак І. Я., Іваськевич Д. З., Гижя Б. І. (м. Львів).....	81
КАНЕФРОН НА ЕТАПАХ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ГІДРОНЕФРОЗОМ ТА ОБСТРУКТИВНИМ МЕГАУРЕТЕРОМ	
Росісін В.В., Бухмін О.В., Туренко І.А., Шусь А.В. (г. Харьков).....	83
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОЛЕОГРАНУЛЕМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	
Русинко И.М., Русинко Н.М., Коноплева О.Г., Дулепин А.В., Приходько А.В., Украинец Е.П., Краснов В.Н., Полин Н.Ю., Квятковский Е.А., Коштура В.В. (г. Днепропетровск).....	84
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КЛИТОРА. СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ	
Русинко И.М., Русинко Н.М., Коноплева О.Г., Дулепин А.В., Приходько А.В., Бурман Ю.С., Улановская Е.Э. (г. Днепропетровск).....	86
МЕТОДОЛОГИЯ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В УРОЛОГИИ	
Серняк Ю.П., Антонян И.М., Рошин Ю.В., Фуксзон А.С., Зеленский А.И. (г. Киев – г. Харьков).....	87
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.	
Серняк Ю.П., Рошин Ю.В., Фуксзон А.С., Слободянюк Е.Н., Мех В.А. (г. Киев – г. Харьков – г. Красный Лиман).....	92
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	
Пасечников С.П., Серняк Ю.П., Литвинов А.И., Фуксзон А.С., Рошин Ю.В. (г. Киев – г. Харьков).....	93
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА	
Шамраев С.Н. , Козахихина С.И. , Кнышенко А.Н. (г. Киев – г. Красный Лиман).....	95

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕФРОЛОГИИ, ТРАНСПЛАНТАЦИИ И ДИАЛИЗА

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ В СТРУКТУРЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Андоньева Н.М., Грушка М.А., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	98
КАРДИАЛЬНЫЕ РИСКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Поляков Н. Н., Грушка М.А., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	100
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Грушка М.А., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	101
НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Грушка М. А., Лесовая А.В., Олянич С.А., Валковская Т.Л. (г. Харьков).....	103
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ И КРИТЕРИИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНАМИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Лесовая А. В. (г. Харьков).....	104
КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ. Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	105
ЭВОЛЮЦИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Поляков Н.Н., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	107
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ, ВТОРИЧНОГО МИТОХОНДРИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ УРЕМИЕЙ Андоньева Н.М., Махновская О.Г., Молодан Л.В., Бреславец Ю.Л., Бронников И.В., Лесовая А.В., Таратута Ю.А. (г. Харьков).....	108
МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОДИАЛИЗА Котулевич Н.Я. (г. Харьков).....	110
КАЛЬЦИНОЗ ТРАНСПЛАНТАТА У ПАЦИЕНТА С ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ И ПОЗДНИМ КРИЗОМ ОТТОРЖЕНИЯ, ДЕМОНСТРАЦИЯ СЛУЧАЯ Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Поляков Н. Н., Олянич С. А., Лесовая А.В. (г. Харьков)...	111

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	113
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОПОНТИНА КАК ФАКТОРА КАЛЬЦИФИКАЦИИ СОСУДОВ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК Лесовой В. Н., Валковская Т. Л., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	116
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Лесовой В. Н., Валковская Т. Л., Лесовая А.В. (г. Харьков).....	117
ОСЛОЖНЕНИЯ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ Сарычев Л.П., Филоненко А.Ф., Пустовойт А.Л., Сарычев Я.В., Сухомлин С.А., Панасенко С.Н. (г. Полтава).....	118
КОНТАМІНАЦІЯ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЇ НИРКИ ЗА ГОСТРОГО ОДНОБІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ НИРОК У ЩУРІВ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ УРАЖЕНОГО ОРГАНУ Федорук О.С., Степанченко М.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В. (м.Чернівці).....	122
ВПЛИВ НЕФРЕКТОМІЇ З УРАЖЕНОГО БОКУ НА ФУНКЦІЮ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЇ НИРКИ ПРИ ГОСТРОМУ ОДНОБІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ НИРОК У ЩУРІВ Федорук О.С., Степанченко М.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В. (м. Чернівці).....	123
ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ В ПОПУЛЯЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХХН V Д СТАДІЇ Шіфріс І.М. (м. Київ).....	125

МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

СКРИНИНГ АНАТОМИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ СЕКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИЗУРИИ У ЖЕНЩИН Андреев С.В., Гарагатый А.И., Логвиненко И.В (г. Харьков).....	128
ДИСЛИПИДЕМИЯ И СНМП – КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ Аркатов А.В., Беспалов Ю.В. (г. Харьков).....	129
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ АТРОФИИ ЯИЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ. Бухмин А.В., Туренко И.А., Мегера В.В., Шусь А.В. (г. Харьков).....	130
АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Бухмин А.В., Россихин В.В., Туренко И.А., Бухмина Е.А. (г. Харьков)	132
НЕСТАНДАРТНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ. АЮРВЕДИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. (г. Киев)	133

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ЦИТОМЕДИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. (г. Киев).....	137
ВЛИЯНИЕ ПОЛИКОМПОНЕНТНОЙ ФИТОТЕРАПИИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЯКУЛЯТА ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Гурженко А.Ю. (г. Киев).....	148
РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. (г. Киев).....	151
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВОВ ПАПИЛОМАВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГЕНИТАЛИЙ У МУЖЧИН Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. (г. Киев)	158
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНТОСА ПРИ СИНДРОМЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В., Рудаков В.А., Гурженко А.Ю. (г. Киев).....	159
ВАРИКОЦЕЛЕ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА СОЗРЕВАНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ. Иванова А.В., Жилкова Е.С., Сомова Е.В., Феськов В.А. (г. Харьков).....	160
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ АЗОСПЕРМИЙ Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Аркатов А.В. (г. Харьков).....	161
МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ НЕЙРОТОМИЯ VS ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА В ЛЕЧЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ. Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Книгавко А.В., Горленко А.С., Майборода О.Ф. (г. Харьков)..	162
ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АСПЕРМИЙ Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Стецишин Р.В., Аркатов А.В., Сытникова Е.И. (г. Харьков).....	163
ПЕРЕВЯЗКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ШУНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Книгавко А.В., Казиев С.Г. (г. Харьков).....	163
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ НЕЗАПАЛЬНОГО ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ (КАТ. ІІБ) Литвинець Є.А., Сандурський О.П., Тріщ В.І. (м. Івано-Франківськ)	164
ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ: КОМБІНОВАНА ФІТОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ Литвинець Є.А., Литвинець В.Є., Кондрат А.В. (м. Івано-Франківськ)	166
СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Ромашенко О.В., Мельников С.Н., Билоголовская В.В., Ходжава М.М.	168

ГУ «Институт урологии» АМН Украины, г. Киев.....	
СЕКС – ОПРОВЕРГНУТЫЕ МИФЫ И СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОПАСНОСТИ	
Россихин В.В. (г. Харьков).....	171
О ЖИЗНИ СТАРИКОВ В КОНЦЕ ПУТИ	
(ревью по проблеме «Being Mortal» - для урологов)	
Россихин В.В. (г. Харьков).....	173
РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ	
Россихин В.В., Бухмин А.В., Бухмина Е.А. (г. Харьков).....	175
АДИПОЗОГЕНИТАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГИНЕКОМАСТИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ МУЖЧИН: ПРОБЛЕМА ЭТИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА УРОЛОГА	
Русинко И.М., Русинко Н.М., Коноплева О.Г., Улановская Е.Э., Бурман Ю.С., Украинец Е.П., Краснов В.Н., Полион Н.Ю., Квятковский Е.А., Коштура В.В. (г. Днепропетровск).....	176
ТАКТИКА УРОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	
Русинко И.М., Русинко Н.М., Дулепин А.В., Приходько А.В., Краснов В.Н., Полион Н.Ю., Украинец Е.П., Квятковский Е.А., Коштура В.В. (г. Днепропетровск).....	181
ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОННО-ВАКУУМНО-МАГНІТНОГО КОМПЛЕКСУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ	
Сердюк А.І., Макаров Д.В., Василенко О.О. (г. Харьков).....	182
РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХСТОРОННЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ	
Серняк Ю.П., Криштопа М.В., Фуксзон А.С., Литвинов А.И., Фролов А.С. (г. Киев).....	183
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСКУССТВЕННОЙ АКТИВАЦИИ ООЦИТОВ В ЦИКЛАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ПРИ МУЖСКОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ	
Сомова Е. В., Феськов А. М., Иванова А.В., Феськов В. А., Тищенко А. А. (г. Харьков).....	183
ЗМІНИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЧОЛОВІКІВ ПІД ВПЛИВОМ КСЕНОЕСТРОГЕНІВ	
Федорук О. С., Владиченко К. А., Візнюк В. В., Степанченко М. С. (м. Чернівці).....	184
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ IMSI И PCSI ПЕРЕД ICSI ПРИ ПАТОСПЕРМИЯХ В ПРОГРАММАХ ВРТ.	
Феськов А.М., Зозулина А.Н., Блажко Е.В., Чумакова Н.А., Феськов В.А. (г. Харьков).....	185
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК В ЯДРАХ СПЕРМАТОЗОИДОВ НА КАЧЕСТВО БЛАСТОЦИСТ ДЛЯ МУЖЧИН СО СНИЖЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ	
Феськов А.М., Жилкова Е.С., Иванова А.В., Егунькова Е.В., Зозулина А.Н. (г. Харьков)....	186
РІЗНІ ВИДИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО РЕФЛЮКСУ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ	
Шамраєв С.М., Канана А.Я., Бабюк І.О., Безсонова А.Д., Шамраєва Д.М. (м. Київ).....	187

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ИЗГОНЯЮЩАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ МКБ. ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТОВ

Антонян И.М., Зеленский А.И., Рошин Ю.В., Торак Т.А. (г. Харьков)..... 190

ВИЗНАЧЕННЯ УРІНАРНОГО МІКРОАЛЬБУМІНУ В ОСІБ З УРЕТЕРОЛІТІАЗОМ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНОЇ КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

Гурженко А.Ю. (м. Київ)..... 191

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ (ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОДНОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Кудрявцев Ю.М., Сикора В.В., Ситников Ю.Н., Курта В.В. (м. Сумы)..... 192

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ НИЖНИХ ЧАШЕЧЕК ПОЧКИ

Лесовой В.Н., Савенков В.И., Мальцев А.В., Левченко Д.А. (г. Харьков)..... 197

ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ КАНАЛЬЦЕВИХ ДИСФУНКЦІЙ У ВИПАДКАХ УРОЛІТІАЗУ ЄДИНОЇ НИРКИ

Мороз О.Л. (м.Київ)..... 198

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПОВ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ СОГЛАСНО РАСЧЕТАМ ОКОЛОМЕСЯЧНЫХ БИОРИТМОВ

Россихин В.В., Цецхладзе З.С., Бреславец Ю.Л. (г. Харьков)..... 199

УРОЛИТИАЗ И ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ

Россихин В.В., Хощенко Ю.А., Осипов П.Г., Базаринский О.Г. , Шусь А.В.
(г. Харків – г. Белгород)..... 200

ДОСЛІД УРЕТРОСКОПІЇ І КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ У ЛІКУВАННІ КАМЕНІВ СЕЧОВОДУ ПО МАТЕРІАЛАМ ВІДДІЛЕННЯ УРОЛОГІЇ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ №2

Рошин Ю.В., Співак О.Р., Воляннюк А.Ю., Селюк В.М., Співак В.О., Колчін Д.Г.
(м. Харків- м.Чернігів)..... 201

ПЕРКУТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ПОЧЕК НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Савенков В.И., Мальцев А.В. (г. Харьков)..... 202

ГІДРОКОЛОНОТЕРАПІЯ БЕРЕЗІВСЬКОЮ МІНЕРАЛЬНОЮ ВОДОЮ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Сердюк А.І., Макаров Д.В., Василенко О.О. (г. Харьков)..... 203

КОРЕКЦІЯ ТУБУЛЯРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА СИМПТОМІВ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ОСІБ ПІСЛЯ КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ КАМЕНІВ СЕЧОВОДУ

Спиридоненко В.В., Рудаков В.О., Гурженко А.Ю. (м. Київ) 204

КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Стецишин Р.В., Рошин Ю.В. (г. Харьков)..... 205

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ ЧАШЕЧЕК Ухаль М.И., Ухаль Е.М., Маломуж О.И. (г. Одесса).....	206
ЗМІНИ ФАКТОРІВ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА ІМУННА ВІДПОВІДЬ ОРГАНІЗМУ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ, УСКЛАДНЕНОЇ ПІСЛОНЕФРИТОМ. Федорук О.С., Візнюк В.В., Владиченко К.А., Степанченко М.С. (м. Чернівці).....	208
URETERAL STENTING AFTER URETEROSCOPY FOR URETER STONES: STUDY ASSESSING SYMPTOMS AND COMPLICATIONS A.O.Gubar (Zaporizhzhya).....	209
ИНФЕКЦИИ И СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	
О ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ХП/СХТБ Антонян И.М., Карпенко В.И., Демченко В.Н., Дубинин Н.С., Артюх И.Н., Разумный М.Н., Белов В.Ю., Чепенко А.В., Аркатов А.В., Торак Т.А. (г. Харьков).....	211
ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Бойко А.И., Гурженко Е.Ю. (г. Киев).....	212
СОВРЕМЕННАЯ ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Гурженко Ю.Н., Бойко А.И. (г. Киев).....	217
МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОВТРАТИ ПР ТРАНСУРЕТРАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ Зайцев В.І., Аль Куд Басель, Проданчук І.Г. (м. Чернівці).....	221
КОМБИНИРОВАННАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ Криворотько Ю.В. (г. Харьков).....	222
ПЕРШИЙ ДОСВІД ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ (ТУР) ПРИ ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ДГПЗ) Мазурик О.А., Базаринський О.Г., Базаринський Г.Г. (м. Харків).....	224
ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ. НАШ ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ Русинко И.М., Русинко Н.М., Дулепин А.В., Приходько А.В., Бурман Ю.С., Краснов В.Н., Полион Н.Ю., Украинец Е.П., Квятковский Е.А., Коштура В.В. (г. Днепропетровск).....	225
СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН. НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ Русинко И.М., Русинко Н.М., Дулепин А.В., Приходько А.В., Бурман Ю.С., Краснов В.Н., Полион Н.Ю., Украинец Е.П., Квятковский Е.А., Коштура В.В. (г. Днепропетровск).....	228
ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ - ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Серняк Ю.П., Пасечников С.П., Криштопа М.В., Фуксзон А.С. (г. Киев)	234

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Федорук А. С., Владыченко К. А., Визнюк В. В., Степанченко М. С. (г. Черновцы).....	235
МІСЦЕ БОТУЛОТОКСИНУ А В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕРВОВО- М'ЯЗОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІТЕЙ Шевчук Д.В (м. Житомир).....	236
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В УРОЛОГИИ Антонян И.М. (г. Харьков).....	238

**ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ
КЗОЗ «ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І.
ШАПОВАЛА» ЗА 2014 Р.**

Лісовий В.М., Демченко В.М., Дубінін М.С., Омеляненко Г.Л.

**КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»
м. Харків**

Пріоритетними напрямками діяльності Центру протягом 2014 року залишалися надання доступної та якісної спеціалізованої медичної допомоги населенню області, удосконалення організації роботи щодо управління якістю медичної допомоги.

У Центрі працюють 623 працівники, з них 89 лікарів (2013 р. – 88). Укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами у 2014 році склала – 70,4 % (2013 р. – 69,6 %), а враховуючи працівників з вищою немедичною освітою, що займають посади лікарів-лаборантів цей показник склав 72,7 % проти 71,9 % в попередньому році.

Молодших медичних спеціалістів працює 246 осіб (2013 р. – 226). Укомплектованість штатних посад фізичними особами у 2014 році склала 86,2 % (2013 р. – 80,3 %).

З лікарів 55 (74,3 %) мають вищу категорію, 13 (17,6 %) – першу категорію, 6 (8,1 %) – другу категорію, 15 (16,9 %) – мають сертифікат спеціаліста із стажем роботи до 5 років. Суттєвих змін в структурі атестованих лікарів за категоріями в порівнянні з попереднім роком не було. Серед молодшого медичного персоналу скоротилася питома вага тих, що мають вищу атестаційну категорію з 77,2 % до 74,7 %.

Протягом звітнього року обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги, наданої в поліклінічному відділенні, істотно скоротився – на 9,7 %. Зареєстровано 18756 відвідувань проти 20767 в 2013 році. Крім того, в структурі відвідувань зросла питома вага профоглядів з 13,1 % до 18,4 %, тобто кількість відвідувань з приводу захворювань скоротилася ще значніше – на 15,2 % (з 18043 до 15302 відвідувань). Але кількість консультацій, наданих штатними консультантами Центру, має тенденцію до зростання. У 2014 році було надано 11258 консультацій (2013 р. – 11134), з них 74,5 % складають первинні хворі (2013 р. – 75,3 %), тобто зростання обумовлене повторними консультаціями.

В поліклініці протягом 2014 року отримали консультативну допомогу 8391 пацієнт, що практично відповідає кількості попереднього року. Протягом 2014 р. було прийнято 4540 мешканців районів Харківської області (2013 р. – 4474), що складає 40,7 % від загальної кількості проконсультованих у поліклініці хворих (2013 р. – 40,2 %).

Кількість наданих консультацій мешканцям м. Харкова в 2014 р. складає 5875 відвідувань (2013 р. – 6110), що становить 52,2 % від загальної кількості проконсультованих у поліклініці хворих (2013 р. – 54,9 %). 803 консультації отримали мешканці інших областей (в 2013 р. – 550), їх питома вага зросла з 4,9 % до 7,1 %.

Кількість відвідувань сільських жителів зросла у порівнянні з 2013 роком на 5,2 %. В структурі відвідувань у консультативну поліклініку питома вага сільських мешканців склала 14,3 % проти 13,7 % в попередньому році.

Лікарями консультативної поліклініки у 2014 році направлено на госпіталізацію в стаціонарні відділення Центра 4330 хворих, що складає 38,5 % від загальної кількості проконсультованих (2013 р. – 3393 хворих – 30,5 %).

В 2014 р. питома вага госпіталізованих склала 37,7 % серед жителів м. Харкова і 37,5 % серед жителів районів області, тобто доступність стаціонарної допомоги хворим, що направляються на консультативний прийом практично не відрізняється між мешканцями з районів області та м. Харкова. Госпіталізовано 1717 мешканців районів області (в 2013 році – 1187). Амбулаторну допомогу в приймальному відділенні Центру отримали 5666 хворих (2013 р. – 5233 хворих, + 8,3 %). Госпіталізовано 6324 хворих (в 2013 році – 6142, + 3,0 %).

Загалом в приймальному відділенні Центра отримали допомогу 11990 хворих (в 2013 році – 11375 хворих, + 5,4 %).

Стаціонарну допомогу в 2014 році одержали 12580 пацієнтів (в 2013 р. – 15283), у т.ч. 1938 сільських жителів (в 2013 р. – 2381) і 1031 дітей (в 2013 р. – 1076). Крім того 27579 відвідувань виконані хворими, що отримують амбулаторний гемодіаліз у формі денного стаціонару (в 2013 році – 29673).

Протягом 2014 року з початку АТО в стаціонарі проліковано 429 хворих мешканців Луганської та Донецької областей.

Без урахування відділень гемодіалізу число хворих, пролікованих у Центрі, має тенденцію до зростання і склало 10770 хворих (в 2013 р. - 10568, в 2012 р. - 10695).

Число пацієнтів, пролікованих у відділеннях хірургічного профілю зросло на 2,0 % і склало 9412 пацієнтів (2013 р. – 9223, 2014 р. - 9405).

Розглядаючи джерела направлення на стаціонарне лікування, відмічається постійне збільшення питомої ваги хворих, доставлених машинами швидкої допомоги – 2348 хворих - 18,7 % (2013 р. – 2288 хворих – 15,0 %, 2012 р. – 2147 хворих – 14,8 %).

Скорочується число хворих, госпіталізованих за направленнями лікувально – профілактичних закладів районів області: надійшли 916 хворих (2013 р. – 995 хворих, 8,0%, 2012 р. - 1127 хворих, 11,7 %).

В структурі пролікованих хворих основну частину займають хворі з м. Харкова - 56,1 % (2013 р. – 57,6%). Число пролікованих в стаціонарі мешканців районів області скоротилося з 5,9 до 4,6 тис., тобто на 21,8 %. Питома вага пацієнтів - жителів районів Харківської області скоротилася і склала 36,4 % від загальної кількості пролікованих у стаціонарних відділеннях Центру (2013 р. – 38,4 %).

Зросла питома вага пролікованих хворих – мешканців інших областей - 7,4% серед усіх пролікованих (2013 р. – 4,0 %).

Серед госпіталізованих хворих поступово зростає питома вага тих, що надходять в ургентному порядку. За екстреними показаннями в 2014 році надійшло 5828 хворих, що склало 46,3 % від усіх госпіталізованих (2013 р. – 5820 хворих – 38,1 %). По хірургічних відділеннях питома вага пацієнтів, госпіталізованих за екстреними показаннями, істотно не змінилася і склала 61,5 % (2013 р. – 62,6 %, 2012 р. – 62,3 %).

Протягом 2014 року ліжка працювало 357,7 днів (2013 р. - 353,9). По хірургічній групі відділень у 2014 році цей показник становив 359,7 дня (2013 р. – 351,8), по відділеннях нефрологічного профілю – 349,0 (2013 р. – 363,1).

Аналіз зайнятості ліжка за відділеннями Центра показує, що відповідно до нормативу 340 днів ліжка було зайнято у 9-ти з 11-ти відділень Центру (2013 р. – у 10-ти).

За підсумками 2014 року зайнятість ліжка урологічного, урологічного для дітей і туберкульозного профілів вища за середньоукраїнські показники. Відстає від загальних показників по Україні зайнятість ліжок нефрологічного, онкологічного та радіологічного профілів.

Середній термін перебування хворого на ліжку по Центру збільшився і становить 11,9 дня (2013 р. – 9,7). По відділеннях хірургічного профілю цей показник не змінився склав 13,0 днів, по відділеннях нефрологічного профілю підвищився з 4,8 до 8,8 днів.

Середній ліжка - день за відділеннями клініки відповідає особливостям патології пацієнтів, що переважають у відділенні. Вище середнього по Центру цей показник у відділенні трансплантації нирки – 16,0 дня (2013 р. – 13,7), онкологічному відділенні – 13,9 дня (2013 р. – 13,7), туберкульозному – 25,4 дня (2013 р. – 24,6), нефрологічному – 15,4 дня (2013 р. – 16,1).

У порівнянні із загальними по Україні показниками середній ліжка - день перевищує відповідний на урологічних (11,8 проти 10,0 дня), дитячих урологічних (9,8 проти 8,0 дня) і онкологічних ліжках (13,7 проти 10,6 днів в середньому по Україні).

Протягом 2014 року значно зросла кількість хворих, які лікувалися більше ніж 30 днів. Так хворих було 231, з них 225 у відділеннях хірургічного профілю – 1,8 % (в 2013 році – 170 хворих, 1,1 %). Питома вага хворих, які лікувалися менше 5 днів, скоротилася з 5613 (36,7 %) до 2698 (21,4 % від усіх пролікованих).

Скоротилася кількість тих, що лікувалися менше 5 днів, лише у зв'язку із зменшенням кількості пролікованих у відділенні гемодіалізу. По відділеннях хірургічного профілю кількість таких хворих зростає – 1166

Обіг ліжка у 2014 році скоротився і склав 30,0 (2012 р. – 36,4). Це відбулося в першу чергу за рахунок його скорочення по відділеннях нефрологічного профілю з 75,8 в 2013 році до 39,6 у звітному.

По хірургічній групі відділень обіг ліжка зріс з 27,1 в 2013 році до 27,7. Це відбулося, перш за все, за рахунок збільшення числа пролікованих хворих.

При аналізі результатів лікування за 2014 рік відмічено збільшення питомої ваги хворих, що виписані зі стаціонару з одужанням – 18,1 % (2013 р. – 14,9 %). При цьому, зменшилася питома вага хворих, що виписані з поліпшенням – 77,3 % (2013 р. – 81,2 %). Питома вага хворих, які виписані без

змін - 2,5 % (2013 р. – 1,7 %) та хворих, переведених в інші ЛПЗ – 0,2 % (2013 р. – 0,1 %) залишилися майже без змін.

Протягом 2014 року у стаціонарі померли 62 пацієнти проти 41-го у 2013 році. Відзначене суттєве підвищення показника летальності як у цілому по клініці - з 0,27 % до 0,49 %, так і по відділеннях хірургічної групи - з 0,37 % до 0,54 %, та відділеннях нефрологічного профілю – з 0,12 % до 0,35 %.

Серед нозологій, які призвели до смерті хворих у 2014 році 1-е місце займають хвороби сечостатевої системи - 22 померлих, 36,1 % в загальній структурі (в 2013 році – 19 померлих, 46,3 % серед усіх померлих). Летальність в цій групі хворих зросла з 0,15 до 0,22 % (Україна – 0,29 %). На 2-у місці – новоутворення – 17 померлих, 27,9 % в загальній структурі летальності (в 2013 році – 12 померлих, 29,3 %). На 3-му місці хвороби системи кровообігу – 12 хворих, 19,7 % (2013 рік – 6 хворих, 14,6 %).

Спостерігається група хвороб, при яких загальна кількість пролікованих мала і відповідно розраховуються високі показники летальності. Це хворі з цукровим діабетом - померли 2 хворих, летальність склала 12,5 %; виразковою хворобою – померли 2 хворих, летальність -100,0%; жовчнокам'яною хворобою – помер 1 хворий, летальність – 16,6%, хворобами кістково-м'язової системи – 1 хворий, летальність - 16,5 %.

Відсутня летальність у андрологічному, дитячому урологічному, відділенні малоінвазивних методів лікування, нефрологічному відділеннях.

По профілях ліжок летальність у Центрі не перевищує середніх показників по Україні.

В структурі летальності значно підвищилася питома вага ранньої летальності, тобто летальності протягом 5-ти діб. Показник ранньої летальності склав 61,3 % - 38 хворих (в 2013 році – 13 хворих, що становило 31,7 %).

У структурі ранньої летальності 1 місце займають хвороби сечостатевої системи – 37,8 %, 2 - 3 місце поділяють хвороби системи кровообігу та новоутворення – по 24,3 %.

Значно зріс показник добової летальності. 24 хворих померли протягом першої доби перебування в стаціонарі – 38,7 % від усіх померлих (в 2013 році – 3 хворих, 7,3 %). У структурі добової летальності 1-е місце займають хвороби сечостатевої системи – 41,7 %, 2 – е місце - хвороби системи кровообігу – 33,3 %, 3 - є місце - новоутворення – 16,7%.

При аналізі складу пролікованих у стаціонарі хворих, строків й якості лікування простежується постійний характер розподілу хворих за нозологічними формами. Показник летальності підвищився за усіма класами хвороб.

Серед хворих, пролікованих з приводу хвороб сечостатевої системи дещо зменшилася кількість хворих, пролікованих з приводу інфекцій нирок: виписано 983 хворих проти 1021 в 2013 році (-3,7%). Середня тривалість лікування цих хворих скоротилася з 13,8 до 12,3 днів, однак перевищує середньоукраїнський рівень, який складає 10,8 дня. Вище вказаного рівня середня тривалість лікування хворих з цією патологією у онкологічному, туберкульозному, дитячому, нефрологічному відділеннях.

Істотно зросла кількість хворих на камені нирок і сечоводів: виписано 2505 пацієнтів проти 2368 в попередньому році (+5,8%). Середня тривалість лікування цих хворих має тенденцію до зростання і склала 12,0 днів (по Україні – 9,1 дня). Летальність у цій групі хворих підвищилася з 0,25 % до 0,28 %, померли 7 хворих проти 6 в 2013 році (середньоукраїнський показник летальності 0,25 %).

Число хворих, пролікованих із приводу захворювань передміхурової залози дещо скоротилося – 1342 пацієнти проти 1386 в 2013 році (-3,2%). Середня тривалість лікування зросла з 14,5 до 14,8 дні

(Україна – 12,0 днів). Тривалість лікування цих пацієнтів перевищує середньоукраїнський рівень у всіх відділеннях Центру, окрім відділення малоінвазивних методів лікування.

Істотно скоротилася летальність хворих із захворюваннями передміхурової залози - з 0,50 % до 0,22 % (Україна – 0,31 %); в стаціонарі померли 3 хворих проти 7-ми в 2013 році.

Кількість операцій, проведених у стаціонарі Центру зросла. Усього в 2014 році в Центрі виконано 6523 операції (в 2013 році – 6236 операцій, +4,6%). Відповідно зросла і кількість оперованих хворих : оперовано 4989 хворих (в 2013 році – 4883 хворих, + 2,2 %). Серед прооперованих 966 сільських мешканців - 14,8 %, прооперованих пацієнтів – сільські жителі (в 2013 році цей показник становив 14,2 %). Зросло число операцій, проведених за ургентними показаннями: 243 операції (в 2013 році - 219).

За допомогою ендоурологічної апаратури протягом 2014 року було виконано 1697 операцій (в 2013 році - 1715). Слід зазначити, що їх питома вага в загальній структурі операцій дещо скоротилася і склала 26,0 % проти 27,5 % в 2013 році. Скоротилося число операцій, проведених з використанням лазерної апаратури: виконано 119 таких операцій проти 221 в попередньому році. За допомогою дистанційного літотриптора виконані 459 операцій проти 556 в 2013 році, скоротилася і кількість хворих, що отримували ЕУХЛ з 330 в 2013 році до 307 в поточному.

Найбільша кількість оперативних втручань проводиться на нирках і сечоводах – 34,7 % від загальної кількості операцій, на передміхуровій залозі – 12,9 % та операції на сечовому міхурі та зовнішніх статевих органах – 48 %.

Хірургічна активність у цілому по Центру практично залишилася на рівні попереднього року і склала 53,0 %. Суттєво підвищилася хірургічна активність у відділенні трансплантації (з 43,1 до 47,6 %) та дитячому відділенні (з 57,8 до 62,6 %). Найвищим цей показник був у відділенні малоінвазивних методів лікування (85,6 %), дитячому (62,6 %), андрологічному (60,8 %), 1-му загальноурологічному (53,7 %) відділеннях, найнижчим – у онкологічному (33,5 %) та відділенні урогенітального туберкульозу (37,2 %).

Після проведення оперативних втручань померли 38 хворих (в 2013 році - 22). Післяопераційна летальність збільшилася і складає 0,76 % проти 0,45 % в 2013 році.

В структурі після операційної летальності 1 місце займають операції на нирках та сечоводах – 50 %, 19 померлих, 2 місце – операції на сечовому міхурі та статевих органах – 18,4 %, 7 померлих, 3 - 4 місце - операції на органах черевної порожнини та операції на судинах – по 10,5 %, по 4 померлих. В порівнянні з попереднім роком слід вказати на скорочення питомої ваги померлих після операцій на передміхуровій залозі – з 18,2 % до 5,3 %, а також на значне зростання питомої ваги померлих після операцій на судинах та після операцій на черевній порожнині: з 4,5 % до 10,5 %.

Аналізуючи розподіл і результати оперативних втручань на нирках і сечоводах, слід зазначити, що кількість цих операцій в порівнянні з попереднім роком зросла і склала 2260 операцій проти 2165 в 2013 році (+4,4%).

Одночасно суттєво підвищилася летальність при операціях на нирках і сечоводах: з 0,51 % до 0,84 % (померли 19 хворих проти 11-ти в 2013 році). Цей показник по Центру за підсумками 2014 року знов перевищив середньоукраїнського рівня, який становить 0,55 %.

В 2014 році зросла кількість нефректomій, проведених у Центрі: виконано 256 таких операцій проти 240 в 2013 році. Число нефректomій збільшилося виключно за рахунок зростання кількості донорських нефректomій (з 14 до 44, 17,5 % від загальної кількості). Зменшилося число нефектомій з приводу злоякісних новоутворень (з 138 до 108, 43,0 % в структурі нефектомій), має тенденцію до зменшення кількість нефректomій з приводу сечокам'яної хвороби (38 проти 40 в 2013 році, 15,1 % від загальної кількості нефректomій), хоча їх кількість залишається ще досить значною.

Знизилася, але залишається високим показник летальності після нефректomій: 2,34 % проти 2,50 % в 2013 році (по Україні – 1,69 %).

На передміхуровій залозі виконано 841 операція – на 4,6 % менше, ніж в попередньому році.

Знизився показник летальності при операціях на передміхуровій залозі з 0,45 % до 0,24 % (по Україні цей показник становить 0,42 %): померли 2 хворих проти 4-х в 2013 році.

Стосовно роботи допоміжних підрозділів Центру слід зазначити наступне.

У 2014 році клініко-діагностичною лабораторією виконано 689,3 тис. досліджень проти 694,6 тис. в 2013 році (-0,8 %). На 1 стаціонарного хворого виконано 50,2 аналізи проти 41,8 в 2013 році (по Україні – 37,1). На 100 амбулаторних відвідувань виконано 229,8 лабораторних досліджень проти 487 в 2013 році при середньому рівні по Україні – 99,3. Значно перевищує середньоукраїнський рівень питома вага біохімічних досліджень, проведених у лабораторії Центра, хоча й скоротилася в порівнянні з попереднім роком – 31,7 % проти 34,6 % в 2013 році та 19,3 % в цілому по Україні.

Протягом 2014 року виконано 21140 рентгенологічних досліджень, що відповідає рівню попереднього року. Число комп'ютерних томографій зросло з 4092 до 5890 (на 43,9 %).

На 1 стаціонарного хворого виконано 0,9 дослідження проти 0,7 в 2013 році (Україна – 0,8). На 100 амбулаторних відвідувань виконано 38,1 дослідження проти 67,4 в 2013 році (по Україні – 4,0 дослідження).

На 1 зайняту посаду рентгенолога припадає 4698 досліджень (по Україні - 9615), на 1 рентгенологічний апарат – 4228 досліджень (Україна - 4755).

Протягом 2014 року зросло число ультразвукових досліджень – 43,9 тис. проти 42,4 тис. , + 3,6 % в порівнянні з попереднім роком. Значно перевищує середньоукраїнські рівні як навантаження

на апарат УЗД, так і на посаду лікаря ультразвукової діагностики. Навантаження на один ультразвуковий апарат становить 10987 досліджень (по Україні - 7003), так і на одну посаду лікаря ультразвукової діагностики - 10987 досліджень (по Україні - 9172).

Практично не змінилася кількість хворих, які одержали фізіотерапію: 3060 проти 3108 в 2013 році (-1,5 %). Кількість фізіотерапевтичних процедур також залишилася стабільною і склала 43,3 тис., (2013 р. - 43,4 тис.). Кількість процедур на 1 хворого склала 14,2 (по Україні - 13,1).

Протягом 2014 року в центрі проведено 30800 процедур гемодіалізу (в 2013 р. – 30617).

Навантаження на 1 діалізне місце склало 1100 процедури проти середнього по Україні – 645,9. На 1 хворого проведено 123,2 гемодіаліза, вище середньоукраїнського показника, який складає 116,6 діалізів.

На кінець 2014 року нирковозамісну терапію в умовах Центру отримували 406 хворих проти 362 в 2013 році, з них 24 – переселенці з Луганської та Донецької областей.

Методом гемодіалізом на лікувалися 250 хворих, у тому числі 16 – переселенці, проти 232 в 2013 році, методом перитонеального діалізу – 71 хворий, у тому числі – 8 переселенців, з 65 з 85 зросло число хворих з трансплантованою ниркою.

Протягом 2014 року в Центрі проведено 45 трансплантацій родичевої нирки хворим, які страждали на термінальну хронічну ниркову недостатність. (в 2013 році таких операцій було 18).

Серед новітніх технологій у 2014 році було продовжено впровадження у практику лапароскопічних ретроперитонеальних втручань: уретеролітомії, пієлолітомії, нефропексії за допомогою проленової сітки, пластики мисково-сечовідного сегменту, резекції кісти нирки з застосуванням аргонплазменого коагулятора, лапароскопічна нефректомія, резекції пухлини нирки з тепловою ішемією. Ретроперитонеальну нефропексію за допомогою проленової сітки та пластика мискосечоводного сегменту в нашому Центрі було впроваджено вперше в Україні. Також продовжувалося впровадження лапароскопічних радикальних нефректomій, нефруретеректомій, та мануально-асистованих нефректomій і нефруретеректомій. Вперше в Україні впроваджено лазерну лапароскопічну резекцію пухлин нірок без теплової ішемії. Вперше серед країн СНД впроваджено SMART - технології мікроперкутанну нефролітотрипсію, ендопієлотомію та кістоскопію. У відділенні впроваджено та постійно виконується методика доплерографії ниркових судин та доплерографічна діагностика стану ниркового трансплантату, широко застосовується комп'ютерна томографія з ангіографічним компонентом. Удосконалена методика проведення екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії рентгеннегативних каменів, застосовується фотоселективна лазерна вапоризація простати.

Розроблені нові методики оперативного лікування хворих з внутрішньовенозною інвазією рака нирки при видаленні пухлинних тромбів з нижньої порожнистої вени.

В Центрі широко застосовуються ендоскопічні операції на сечовивідних шляхах у дітей, застосовуються ендоскопічна корекція міхурово - сечовідного рефлюксу із застосуванням гелю, антирефлюксні операції та уретероцистостомія при міхурові-сечовідному рефлюксі та ахалазії сечоводу з використанням голки-троакару, корекція гіпоспадіїза методикою Flip-Flap, пластика мисково-сечовідного сегменту з використанням закритого стентування.

В Центрі виконуються корпоропластика з фалопротезуванням внутрішньокавернозними протезами, мікрохірургічна субінгвінальна варикоцелектомія, операції при девіаціях статевого члену, селективна нейротомія при передчасній еякуляції, вазоепідидимоанастомози методом триангулярної пластики при обтураційній формі чоловічого безпліддя, пластика уретри з використанням слизової щочки.

Протягом 2014 року на базі Центра проводилися 6 міжнародних багатоцентрових клінічних досліджень фармакологічних препаратів.

Протягом року лікарями Центра здійснювалася методична робота в районах області. Виконані 56 самостійних виїздів кураторів-урологів у всі райони області. Під час виїздів кураторами оглянуті 544 хворих (в 2013 році – 593 хворих) (417 амбулаторних, 127 стаціонарних), з них 295 (54,2 %) - мешканці сільської місцевості (в 2013 році - 327), 27 - ветерани ВВВ. Направлено на подальше лікування до ОКЦУН ім. В.І. Шаповала 165 хворих (в попередньому році – 192 хворих), стаціонарне лікування в умовах ЦРЛ рекомендовано 69 хворим (в 2013 році – 113 хворим). Постійно надавалась консультативна допомога у лікувально-профілактичних закладах м. Харкова.

Відповідно до наказів МОЗ і НАМН України від 11.07.2012 року №514/41 "Про затвердження форм первинної облікової документації, форми звітності з питань реєстрації пацієнтів з

хронічною хворобою нирок, трансплантованою ниркою або гострим пошкодженням нирок та інструкцій щодо їхнього заповнення" у Центрі тривала робота зі створення регіонального реєстру хворих із хронічною хворобою нирок. Наразі в електронний реєстр внесені майже 45 тис. хворих на хронічну хворобу нирок.

Серед заходів організованих за участю Центру слід зазначити науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Урологія, андрологія, нефрологія - 2014». 6 обласних науково-практичних конференцій, у тому числі 4 - з актуальних проблем урології та 2 - нефрологічні.

Висновки:

1. Організація та функціонування єдиних спеціалізованих медичних закладів третього рівня відповідає вимогам часу.
2. З року в рік спостерігається тенденція до зменшення планової госпіталізації за направленням першої та другої ланки надання медичної допомоги.
3. Об'єктивне чи суб'єктивне «утримання» пацієнтів на попередніх рівнях, відповідним образом, відображається на таких статистичних показниках лікувальної роботи Центру: підвищення рівня госпіталізації за направленням ШМД; підвищення рівня летальності, в тому числі до добової; збільшення середнього терміну перебування хворого на ліжку.
4. Питома вага пацієнтів доставлених ШМД надходять в важкому стані з ускладненнями, що потребує негайного хірургічного лікування, а це призводить до зменшення кількості планових малоінвазивних втручань.
5. В період сучасного реформування медичної галузі слід враховувати показники роботи всіх ланок надання медичної допомоги населенню для підтримання належного рівня здоров'я суспільства, з перспективою розвитку mini та SMART технологій.

ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ СОБЫТИЯ В ИСТОРИИ УРОЛОГИИ В 2015 г.

Россихин В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В 2015 г. исполняется:

- 515 лет со дня рождения Р. Franco (1500—1570), впервые в мире в 1556 г. выполнившего высокое сечение мочевого пузыря для удаления камня;
- 505 лет со дня рождения французского хирурга А. Pare (1510—1590), описавшего симптоматику стриктур уретры, для лечения которых он рекомендовал бужирование мочеиспускательного канала. При острой задержке мочеиспускания выполнял катетеризацию мочевого пузыря;
- 490 лет со дня рождения испанского врача F. Diaz (1525—1590), автора изданного в 1588 г. в Мадриде первого капитального труда по урологии. В книге подробно описаны мочекаменная болезнь, воспалительные заболевания мочеполовых органов, симптоматика и клиническое течение доброкачественной гиперплазии простаты и некоторые другие болезни, а также техника выполнения ряда оперативных вмешательств;
- 395 лет со дня основания в Москве в 1620 г. центрального органа медицинского управления — Аптекарского приказа, при котором была создана первая русская лекарская школа, ее ученики обучались технике катетеризации мочевого пузыря и умели оказывать первую помощь больным с острой задержкой мочеиспускания;
- 345 лет со дня рождения Н. Бидлоо (1670-1735 гг.), организатора и руководителя первой госпитальной школы в России. Много внимания уделял обучению хирургии и технике выполнения некоторых урологических операций;
- 305 лет со дня рождения директора Российской медицинской канцелярии П. 3. Кондоиди (1710—1760), защитившего в 1732 г. докторскую диссертацию "О боковом сечении для удаления камня из мочевого пузыря";
- 200 лет со дня рождения П. А. Дубовицкого (1815-1868 гг.), профессора кафедры хирургической патологии и терапии Петербургской медико-хирургической академии, подробно изучившего патогенез и симптоматику нефроптоза;

- 200 лет со дня рождения А. Desormeaux (1815-1882 гг.), сконструировавшего в 1853 г. эндоскоп для осмотра полости мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, который состоял из системы линз и ярко горящей помещенной снаружи лампы;
- 200 лет со дня рождения L. Dittel (1815—1898), основоположника урологии в Австрии;
- 195 лет со дня рождения английского хирурга и уролога Н. Thompson (1820-1897 гг.), основавшего в 1860 г. второе в мире урологическое отделение в госпитале св. Петра в Лондоне. Опубликовал несколько работ по цистолитотрипсии;
- 190 лет со дня рождения немецкого врача Th. Bilharz (1825-1862 гг.), открывшего и описавшего во время работы в Египте в 1851 г. возбудителя шистосомоза мочевых и половых органов;
- 185 лет с того времени, как директор госпитальной хирургической клиники медицинского факультета Московского университета А. И. Поль (1794—1864) впервые в России 1 марта 1830 г. выполнил цистолитотрипсию на базе Новоекатерининской больницы в Москве;
- 185 лет со дня основания в 1830 г. по инициативе J. Civiale (1796-1867 гг.) первого в мире специализированного урологического отделения в госпитале Necker в Париже;
- 180 лет со дня рождения Ф. И. Синицина (1835-1907 гг.), одного из основоположников отечественной урологии, директора урологической клиники медицинского факультета Московского университета с 1877 по 1907 г., обосновавшего теорию эндокринного генеза опухолей предстательной железы;
- 170 лет со дня рождения Ф. И. Пастернацкого (1845-1902 гг.), крупного отечественного терапевта, описавшего один из симптомов при исследовании почек (симптом Пастернацкого), автора широко известной книги "Пиелит" (Спб., 1907 г.);
- 170 лет со дня рождения И. И. Мечникова (1845-1916 гг.), отечественного микробиолога, эпидемиолога и иммунолога. Им были заложены основы учения о сравнительной эволюционной патологии и иммунитете. В 1908 г. был удостоен Нобелевской премии;
- 170 лет со дня рождения W. K. Rontgen (1845-1923 гг.), открывшего в 1895 г. X-лучи, названные в честь ученого рентгеновскими лучами. В настоящее время рентгенодиагностика широко применяется при заболеваниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов;
- 170 лет со дня смерти профессора Ф. А. Гильдебранта (1773-1845 гг.), первого руководителя хирургической клиники медицинского факультета* Московского университета, впервые в России научно определившего показания и особенности выполнения цистолитотомии;
- 165 лет со дня рождения французского уролога J. Albarran (1850—1912), предложившего в 1897 г. специальное приспособление к цистоскопу для катетеризации мочеточников. Автор многочисленных работ по урологии, президент первого конгресса Международной ассоциации урологов (Париж, 1908);
- 165 лет со дня смерти профессора Е. О. Мухина (1766— 1850), анатома, физиолога и хирурга медицинского факультета Московского университета. Широко применял оперативное удаление камней мочевого пузыря. Свой опыт изложил в книге "Описание хирургических операций" (М., 1807);
- 165 лет со дня рождения профессора А. А. Боброва (1850—1904), развивавшего в России почечную хирургию. Он первым в России стал выполнять аппендэктомия, разработал показания к этой операции и технику ее выполнения;
- 155 лет назад (в 1860 г.) Н. Thompson (1820—1897) основал второе в мире урологическое отделение в госпитале св. Петра в Лондоне;
- 155 лет со дня смерти L.d'Etiolles (1798—1860), предложившего в 1822 г. первый цистолитотриптер;
- 155 лет со дня смерти шведского анатома А. Retzius (1796—1860), подробно описавшего в 1849 г. предпузырное пространство — cavum Retzii;
- 145 лет со дня рождения профессора С. И. Спасокукоцкого (1870-1943 гг.), разработавшего методику операции при экстропии мочевого пузыря, предложившего способ пластической операции при гидронефрозе, метод ушивания пузырно-влагалищного свища и некоторые другие способы лечения урологических заболеваний;
- 140 лет со дня рождения профессора П. Д. Соловова (1875-1940 гг.), основавшего кафедру и клинику урологии в Институте усовершенствования врачей в Москве. Автор многочисленных работ, посвященных рентгенодиагностике урологических заболеваний, туберкулезу половых органов у мужчин, стриктурам уретры и др.;

- 140 лет со дня рождения Д. П. Кузнецкого (1875-1939 гг.), опубликовавшего в 1911 г. классический труд "Камни почки и мочеточника";
- 140 лет со дня смерти французского хирурга и уролога А. Nelaton (1807-1875 гг.), предложившего для катетеризации мочевого пузыря катетер из вулканизированной резины, а для цистолитотрипсии — специальный аспиратор, автора переведенного на русский язык (Спб., 1880 г.) классического труда "Elements de pathologie cliirargicale" (Paris, 1844-1859 г.). в двух томах которого были описаны заболевания почек, мо-чевыводящих путей и мужских половых органов;
- 140 лет со дня смерти Р. -S. Segalas (1792-1875 гг.), предложившего в 1826 г. прибор для освещения уретры и мочевого пузыря;
- 135 лет со дня рождения португальского врача Dos Santos (1880—1969), предложившего в 1929 г. почечную ангиографию, получившую в настоящее время широкое распространение при распознавании различных заболеваний почек и ее сосудов. Автор капитального труда "Introduction to Urology" (Лиссабон, 1938);
- 130 лет со дня смерти немецкого патоморфолога J. Henle (1809- 1885 гг.), впервые подробно описавшего морфологию почечного синуса, сфинктер в простатическом отделе уретры, особенности строения семявыносящих канальцев. Его именем назван один из элементов нефрона (петля Генле);
- 125 лет со дня рождения профессора И. М. Порудоминского (1890—1969), известного своими трудами, посвященными половым расстройствам и бесплодию у мужчин;
- 125 лет со дня смерти Н.-J. Bigelow (1818—1890), профессора Гарвардского университета, усовершенствовавшего методику механической цистолитотрипсии;
- 120 лет с момента открытия W. K. Rontgen в 1895 г. X-лучей, названных в честь ученого рентгеновскими лучами. Применение рентгенологического исследования мочевых путей имело чрезвычайно важное значение для развития урологии. Уже через год после открытия лучей Рентгена в 1896 г. F. Guyon, а в 1897 г. Mac Intyre обнаружили с помощью рентгенологического исследования камень почки, а в 1897 г. Tli. Tuffier — камень мочеточника;
- 115 лет со дня рождения профессора А. Б. Топчана (1900—1959), возглавлявшего с 1932 по 1952 г. урологическую клинику II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова (ныне Российского государственного медицинского университета), а с 1953 по 1959 г. — фтизиоурологическую клинику Московского НИИ туберкулеза Минздрава РФ. Широкую известность получили его работы о гормонотерапии рака предстательной железы и о туберкулезе мочевых и половых органов;
- 115 лет со дня смерти А. Г. Подреза (1852—1900), основоположника урологии в Харькове. В 1884 г. предложил метод оперативного лечения стриктур уретры, носящий его имя. В 1887 г. выполнил первую простатэктомию промежностным доступом;
- 115 лет со дня проведения в 1900 г. в Москве I Съезда российских хирургов, на котором с программным докладом об оперативном лечении гидронефроза выступил С. П. Федоров;
- 115 лет со дня основания в 1900 г. F. Guyon (1831-1920 гг.) первого в мире французского научного урологического общества;
- 115 лет со дня основания первого в Петербурге самостоятельного урологического отделения при Обуховской больнице, руководителями которого были Г. Ф. Цейдлер и Б. Н. Хольцов;
- 110 лет со дня опубликования отечественным хирургом И. К. Спижарным (1857- 1924 гг.) в 1905 г. классического труда "Повреждения и хирургические заболевания почек" (Спб., 1905 г.);
- 105 лет назад (в 1910 г.) А. А. Кадьян организовал самостоятельный урологический кабинет при госпитальной хирургической клинике Петербургского женского медицинского института, на базе которого в 1923 г. была открыта урологическая клиника I Ленинградского медицинского института (ныне Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова);
- 105 лет со дня смерти немецкого бактериолога R. Koch (1843—1910), открывшего возбудитель туберкулеза;
- 100 лет, как E. Bums в 1915 г. впервые показал, что соли галоидов дают тени на рентгенограмме, что послужило основой для их широкого применения при выполнении ретроградной пиелографии путем введения в почечную лоханку сначала фтористого, а затем бромистого и йодистого натрия;
- 95 лет со дня смерти профессора Н. А. Вельяминова (1855-1920 гг.), обосновавшего показания и разработавшего технику выполнения резекции мочевого пузыря при его опухоли. В 1885 г. основал первый в России специальный хирургический журнал "Хирургический вестник", в котором было

опубликовано много статей, посвященных заболеваниям почек, мочевых путей и мужских половых органов;

— 95 лет со дня смерти французского уролога F. Guyon (1831-1920 гг.), одного из основоположников современной урологии. По его инициативе в 1900 г. было основано первое в мире французское научное общество урологов. Автор многочисленных работ по урологии. Его клинические лекции о болезнях почек, мочевых путей и предстательной железы были переведены на русский язык (Спб., 1895-1899 гг., т. 1-3);

— 90 лет со дня смерти Н. А. Михайлова (1861-1925 гг.), основоположника и первого руководителя урологической клиники Института усовершенствования врачей в Санкт-Петербурге в 1901-1925 гг. Впервые в России ввел урологию как самостоятельный предмет преподавания для врачей;

— 90 лет со дня смерти немецкого микробиолога A. Wassermann (1886-1925 гг.), предложившего в 1906 г. серологическую реакцию для распознавания сифилиса (реакция Вассермана);

— 80 лет со дня смерти В. И. Разумовского (1857—1935), предложившего в 1901 г. пластические операции для восстановления проходимости семявыносящих путей (вазоорхоанастомоз и вазоэпидидимоанастомоз), носящие его имя;

— 80 лет со дня смерти профессора А. Н. Гагмана (1871 — 1935), впервые в отечественной литературе в 1899 г. опубликовавшего в журнале "Хирургия" статью о рентгенодиагностике камней почек. Был членом-учредителем Московского общества урологов. В 1908 г. опубликовал первое в России руководство по цистоскопии;

— 65 лет со дня смерти E. Volhard (1872—1950), предложившего для оценки функционального состояния почек тесты на разведение и концентрации (пробу Фольгарда);

— 60 лет со дня смерти французского хирурга и физиолога R. Leriche (1879—1955), описавшего признаки атеросклеротической окклюзии бифуркации аорты: эректильную дисфункцию, атрофию мышц нижних конечностей, отсутствие пульсации периферических артерий (симптом Лериша);

- 60 лет со дня смерти F. Voelker (1872— 1955), предложившего в 1903 г. вместе с E. Joseph хромоцистоскопию;

— 45 лет со дня смерти профессора А. М. Гаспаряна (1902-1970 гг.), руководившего урологическими клиниками Харьковского, Оренбургского, Одесского, и Санкт-Петербургского медицинских институтов, организовавшего в 1965 г. Всероссийское научное общество урологов, автора многочисленных работ, посвященных заболеваниям почек, мочевыводящих путей и половых органов, а также истории урологии.

* Хронология составлена на основании перечней проф. В.Н.Ткачука и таблиц Lepor H., Willford W.O., Barry M.J. et al. "Histry med.". New.Engl., London., 2000., 388p.

ОНКОУРОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ МДКТ

Алтухов А.А., Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Хареба Г.Г., Поляков Н.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Введение. Макроскопическое распространение в нижнюю полую вену (НПВ) обнаруживается у многих опухолей, но наиболее часто встречается при почечно-клеточном раке и опухоли Вильмса (4-10% случаев). Среди других новообразований, сопровождающихся этой особенностью, можно выделить гепато-целлюлярный рак, опухоли надпочечников, яичка, ангиомиолипому почки и переходно-клеточный рак почечной лоханки. Почти в 25% наблюдений неопластические тромбы достигают “высоких” отделов венозного тракта, включая ретропеченочную или интраперикардальную части НПВ, а также правое предсердие.

Мы провели ретроспективное исследование результатов МСКТ у пациентов с внутривенным распространением опухолей почек в плане особенностей их распространения и кровоснабжения.

Материал и методы. В ретроспективное исследование было включено 48 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в стационаре Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, которым проводилась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) в связи с внутривенным распространением опухолей почек. Среди 48 пациентов было 17 (35,4%) женщин и 31 (64,6%) мужчина. Их средний возраст составил 56,5 (от 27 до 75 лет).

МСКТ выполнялась на томографе Aquilion S16 (модель TSX — 101 A) фирмы Toshiba (Япония). Исследования проводились с толщиной среза 1,0 мм, время вращения трубки 0,5 с, напряжение 120 кВ, сила тока 400 мА. Для контрастирования через венозный кубитальный катетер автоматическим инъектором болюсно вводили 100 мл неионного контрастного препарата (ультравист 300, 370 и томогексол 300, 350) со скоростью 3,0-3,5 мл/с с использованием SureStart и с дальнейшим построением мультипланарных и трехмерных реконструкций. Протокол исследований содержал артериальную фазу (20-25 сек после введения контрастного препарата), венозную (50-70 сек) и отсроченную (5-7 мин). Все полученные данные анализировались одним врачом-радиологом.

Среди всех 48 пациентов почечно-клеточный рак наблюдался в 46 (95,8%) случаях, у 1 больного был выявлен переходно-клеточный рак почечной лоханки, еще у 1 пациента - адрено-кортикальный рак обоих надпочечников. Правосторонние опухоли имели место в 23 (47,9%) случаях, левосторонние - в 25 (53,1%). Размеры почечных опухолей варьировали от 42,0 мм до 242,0 мм и составляли в среднем 113,4 x 93,3 x 84,7 мм. Наиболее часто наблюдалось субтотальное замещение почки опухолью (24 пациента - 51,1%), тотальное поражение зафиксировано у 6 (12,8%) больных. Опухоли локализовались в среднем сегменте почки в 8 (17,0%) случаях, в верхнем полюсе - в 4 (8,5%) и в нижнем полюсе почки - в 5 (10,6%). Распространение опухоли в паранефральную или синусную жировую клетчатку было обнаружено в 22 (45,8%) наблюдениях, прорастание в полостную систему - в 47 (100%). Увеличение региональных лимфоузлов более 10,0 мм имело место у 10 (20,8%) больных (6 - метастазы, 4 - воспалительная лимфаденопатия). У из 48 пациентов имелись отдаленные метастазы (печень - 4 (8,3%), легкие - 12 (25%), костная система - 4 (8,3%), другие - 10 (20,8%)).

Результаты. Зоны некроза в основной опухоли были идентифицированы у 45 (93,8%) больных. Соотношение объема зоны некроза к общему объему опухоли составляло в среднем 30,7% (от 5,0% до 95,0%). При оценке различий нативных изображений и томограмм, полученных в артериальную фазу ткань почечной опухоли демонстрировала контрастное усиление в среднем на 50,8 HU. Среди всех 48 наблюдений ложно-негативные результаты были зафиксированы в 2 случаях, ложно-позитивных заключений отмечено не было. Таким образом точность и чувствительность МДКТ в выявлении тромбов составили 95,8% и 98,5% соответственно. Ложно-негативные выводы были связаны с небольшим диаметром тромбов (6 мм и 8 мм) и их активным движением в просвете НПВ в связи с фазами сердечного цикла.

Оценка уровней внутривенного распространения неопластического процесса при операции показала преобладание опухолевых тромбов, ограниченных почечной веной (Таблица 1). Среди 46 пациентов, у которых опухолевый тромб был выявлен при МДКТ, в 2 случаях локализация тромба при операции была ниже, чем при оценке томограмм (ложно позитивные результаты), в одном случае

- выше (ложно негативное заключение). Точность и чувствительность МДКТ в оценке верхушки тромба достигали соответственно 93,9% и 97,9%.

Таблица 1. Уровни внутривенозного распространения опухолей

	п	%
Почечная вена	27	56,2
Каворенальный сегмент НПВ	5	10,4
Подпеченочный сегмент НПВ	5	10,4
Ретропеченочный сегмент НПВ	5	10,4
Интраперикардиальный сегмент НПВ	4	8,3
Правое предсердие	2	4,3
Всего	48	100

Размеры опухолевых тромбов, ограниченных почечной веной в среднем составляли 48,1 мм х 19,2 мм. У 2 (4,6%) пациентов отмечалось проникновение опухоли не только в основную, но и в добавочную почечную вену. Средние размеры опухолевых тромбов, распространяющихся в нижнюю полую вену, достигали 99,1 мм х 35,5 мм. Особенности распространения опухолевых тромбов продемонстрированы в таблице 2. Ретроградное распространение внутривенозной опухоли в притоки НПВ или почечной вены имело место у 10 (20,8%) пациентов, при этом чаще всего отмечалось проникновение опухоли в левую адренальную и поясничную вену.

Контрастирование сосудов внутривенозной части опухоли в артериальную фазу было идентифицировано в 46 (95,8%) наблюдениях. Их количество и диаметр зависели от размеров неопластического тромба. Оценка кровоснабжения опухолевых тромбов включала определение соотношения площади среза тромба к количеству сосудов на этом уровне (VD - vascular density), а также исследование диаметра сосудов внутри тромба (Таблица 3).

Таблица 2. Особенности распространения опухолевых тромбов

	п	%
Контралатеральная почечная вена	5	10,4
Гонадная вена	8	16,7
Адренальная вена	10	20,8
Нижняя диафрагмальная вена	1	2,1
Поясничная вена	8	16,7
Ретроградно в инфраренальную часть НПВ	7	14,6
Наличие кровяного тромба ниже опухолевого тромба	6	12,5

Таблица 3. Оценка кровоснабжения опухолевых тромбов

	VD	Диаметр сосудов внутри среза тромба, мм
Основная опухоль	24,2	3,0 (1,0-7,0)
Почечная вена	5,5	1,6 (1,0-4,0)
Начало тромба в НПВ	6,8	1,3 (1,0-3,0)
Середина тромба в НПВ	6,8	1,2 (1,0-2,0)
Конец тромба в НПВ	6,5	1,2 (1,0-2,0)

Характеристики контрастного усиления основной опухоли и опухолевых тромбов представлены в таблице 4.

Таблица 4. Характеристики контрастного усиления основной опухоли и опухолевых тромбов в артериальную фазу

Основная опухоль	110,0
<i>Опухолевый тромб в почечной вене</i>	
Начало	96,5
Середина	104,4
Конец	108,4
<i>Опухолевый тромб в НПВ</i>	
Почечная вена	79,4
Начало	81,5
Середина	69,4
Конец	61,9

Заклучение. МДКТ является высокоинформативным методом выявления и оценки распространенности внутривенных опухолевых тромбов почечной и нижней полой вены. Опухоли почек активно распространяются в ретроградном направлении, включая основные притоки левой почечной вены, а также в контралатеральную почечную вену. В артериальную фазу сосуды внутри опухолевого тромба определяются в 95,8% случаев. Их диаметр варьирует от 1 до 7 мм и составляет в среднем 2,2 мм.

ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТПРОСТАЭКТОМИИ

Возианов С.А., Шамраев С.Н., Носов А.А., Васильева В.Д., Кнышенко А.Н.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины», г.Киев

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Красный Лиман

По распространенности среди органов мочевой системы рак мочевого пузыря (РМП) занимает 2-е место и 9-е среди всех злокачественных новообразований в мире [2]. В Украине РМП составляет 72% онкоурологической патологии. Ежегодно заболевает 4000–4400 мужчин и 800–900 женщин, умирает до 2500 человек [5]. Почти у 30% больных при первичном обращении выявляется инвазия опухоли в мышечный слой. Согласно мнению ряда авторов частота мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (МИРМП) значительно занижается из-за погрешностей в диагностике и стадировании. Фактически при первичном обращении примерно у 60% больных РМП уже имеется мышечная инвазия [3]. Цистэктомия является единственным эффективным и радикальным методом лечения РМП. Выбор оптимального объема операции основывается на информации о локализации, морфологическом строении опухоли, распространенности опухолевого процесса и соматическом состоянии больного. Стандартное выполнение радикальной цистэктомии (РЦЭ) предполагает удаление мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой, семенными пузырьками и регионарными лимфоузлами, что позволяет не только полностью удалить опухоль в пределах здоровых тканей, но и делает возможным устранение потенциально возможных источников возникновения новых рецидивов. Основным аргументом в пользу такого объема вмешательства являются результаты морфологических исследований, которые демонстрируют наличие первично-множественного рака мочевого пузыря и простаты у 20% - 48% пациентов перенесших РЦЭ [1,4]. На сегодняшний день нет ни одного рандомизированного исследования показавшего преимущество какого-либо альтернативного метода лечения в сравнении с радикальной интервенцией. **Целью работы** явилась оценка периоперационных результатов радикальной цистпростатэктомии (РЦПЭ) у пациентов с мышечно-инвазивным и мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря. **Материал и методы исследования.** В основу данного исследования положены материалы обследования и лечения 29 пациентов перенесших РЦПЭ. Возраст варьировал от 43 до 71 года (в среднем $57,3 \pm 1,5$ лет). Для оценки общей выживаемости (ОВ) после РЦЭ с учетом послеоперационных осложнений пациенты были условно разделены на три группы: первую группу составили пять (17,2%) пациентов, которые перенесли послеоперационный период без осложнений. Во вторую группу вошло 17 (58,6%) пациентов, у которых развились осложнения I и II степеней тяжести. Третью группу составили семь (24,1%) пациентов с осложнениями III-V степени тяжести (Clavien-Dindo, 2007 года). Все пациенты подвергнуты динамическому наблюдению в ранние и отдаленные сроки лечения: каждые 4 недели первые 3 месяца, каждые 2 недели в период 3–6 месяцев, каждые 4–6 месяцев в период до 5 лет, далее – ежегодно. Всем пациентам были выполнены клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования согласно протоколам оказания медицинской помощи (приказ МОЗ Украины №554). Клиническая и патологическая стадии РМП определялись согласно системе TNM в редакции 2002 года. Степень дифференцировки устанавливалась по 3-х ступенчатой системе гистоградации согласно системе ВОЗ. Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с использованием методов вариационной статистики, реализованная пакетом программ Medstat, Statistica 8.0. и Excel. **Результаты и их обсуждение.** Анамнез заболевания варьировал от 2 до 124 месяцев и в среднем составил $25,2 \pm 5,4$ месяца. Основным показанием к проведению РЦПЭ в группах исследования у 28 (96,6%) пациентов стал МИРМП стадии $T_{2-4}N_0M_0$. Один пациент (3,4%) был прооперирован по поводу рецидивирующего мышечно-неинвазивного РМП T_1G_3 (МНИРМП). Рецидив РМП был выявлен у 15 (51,7%) пациентов, всем им ранее в других

клиниках в разные сроки была проведена трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря. Двое из них вошли в первую группу, девять - во вторую и четверо - в третью группу. Трое из них, в дальнейшем, была выполнена резекция МП: пациенты вошли во вторую группу. Уретроцистоскопия, ТУР-биопсия опухоли МП была выполнена 20 (69%) пациентам. Течение основного заболевания было осложнено у 69% больных. Хроническая почечная недостаточность была выявлена у 19 (69%) пациентов, одно- и двухсторонняя пиелоктазия наблюдалась у 16 (65,5%), анемия, развившаяся на фоне макрогематурии - у 18 (62%), хронический пиелонефрит у - 13 (44,8%). Сопутствующие интеркуррентные заболевания имели 17 (58,6%) пациентов. Чаще всего диагностировались: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, язвенная болезнь желудка, желчекаменная болезнь, нефролитиаз и гиперплазия предстательной железы. Средняя продолжительность операции составила в первой группе больных $5,7 \pm 1,3$ часа, $6,3 \pm 0,6$ часов у пациентов второй группы и $6,9 \pm 0,6$ часов в третьей. Кровопотеря соответственно составила $1230,0 \pm 312,9$ мл, $1517,0 \pm 227,1$ мл и $1400,0 \pm 361,9$ мл. Лимфаденэктомия в объеме стандартной выполнена в 24 (82,8%) наблюдениях и в объеме расширенной - в пяти (17,2%). Метастатическое поражение регионарных ЛУ было выявлено у семи (24,1%) пациентов, отдаленные метастазы отсутствовали. Послеоперационный койко-день в первой группе был $13,2 \pm 0,37$ дней, во второй - $26,06 \pm 1,84$ дней и $41 \pm 5,77$ день в третьей группе. При гистологическом исследовании органокомплекса у 26 (89,7%) пациентов диагностирован переходо-клеточный РМП, у двоих - (6,9%) полиморфно-клеточный Са, а в одном (3,4%) наблюдении - его аденокарцинома. Превалировал рак высокой степени злокачественности G3 - у 18 (62%) пациентов. Трое из них вошли в первую группу, десять - во вторую и пятеро - в третью. У 10 пациентов (34,5%) был выявлен низкодифференцированный рак G2, двое из них вошли в третью группу и восемь - во вторую. Высокодифференцированная опухоль G1 была выявлена у одного (3,4%) пациента из первой группы исследования. У 15 (51,7%) пациентов после удаления МП было выполнено неконтинентное отведение мочи по методике Брикера: четверо из них вошли в первую группу, 10 - во вторую и двое - в третью. Наружное отведение мочи с формированием континентной стомы в модификации Индиана было осуществлено у восьми (27,6%) пациентов. В третьей группе таких пациентов было трое и пятеро - во второй. На третьем месте по частоте выбора следовала ортотопическая цистопластика по Штудеру - у шести (20,7%) пациентов. Один пациент вошел в первую группу, трое - во вторую и трое - в третью. У 76% пациентов развились послеоперационные осложнения, которые были разделены по степени тяжести согласно классификации Clavien-Dindo. Во 2 группе пациентов, к осложнениям I степени были отнесены три (60%) случая пролонгации послеоперационного койко-дня в стационаре больше 14 суток. Осложнениями II степени тяжести явились: гемотранфузия - 10 (58,8%), пневмония и обострения хронического пиелонефрита по два (11,8%) случая соответственно. В 3 группе к осложнениям IIIa степени было отнесено репозиция уретрального катетера под рентген-контролем и консервативное закрытие моче-пузырного свища (МПС) у одного (14,3%) пациента. Осложнения IIIb степени требовали оперативного вмешательства с применением общего наркоза: ушивание МПС было выполнено двоим (28,6%) пациентам, эвакуация гематомы малого таза у одного (14,3%) пациента. У двух (28,6%) пациентов - несостоятельность кишечного анастомоза: была проведена релапаротомия, ушивание дефекта кишечного соустья, ревизия и дренирование брюшной полости (осложнение IV степени). Летальность в течение первых 90 суток после операции составила 3,4%. Корреляционный анализ не установил наличия зависимости развития периоперационных осложнений от возраста пациентов, кровопотери, метода деривации мочи и длительности операции на уровне значимости $p > 0,05$. Статистически значимая прямая связь ($r = +0,3$) была обнаружена между возрастом пациентов и наличием послеоперационных осложнений. Также корреляционный анализ выявил слабую обратную связь между степенью тяжести послеоперационных осложнений и трехлетней ОВ ($r = -0,32$) на уровне значимости $p > 0,05$. Анализ общей выживаемости (ОВ) показал следующие результаты: однолетняя ОВ - 82,8%, трехлетняя ОВ - 51,6%, пятилетняя ОВ - 41,4%.

Выводы. РЦПЭ с различными видами деривации мочи выполняется у пациентов с интеркуррентной патологией (59%) и сопровождается развитием значительного числа «малых» (48,3%) и «больших» (24,1%) хирургических осложнений. На результаты лечения могут влиять факторы со стороны пациента (тенденция к ухудшению послеоперационных результатов у пациентов старше 65 лет) и хирурга (опыт), что должно учитываться перед выполнением хирургического вмешательства. Наличие обратной корреляционной зависимости между степенью тяжести периоперационных осложнений и трехлетней ОВ свидетельствует о том, что увеличение степени их тяжести способствует повышению риска послеоперационной летальности и снижению показателей ОВ.

Своевременная коррекция осложнений позволяет уменьшить риск поздней и отдаленной летальности.

Литература

1. Hassan J.M. Patterns of initial transitional cell recurrence in patients after cystectomy/ J.M. Hassan, M. S. Cookson, J. A. Smith, et al. // J Urol.-2006.-Vol.175.-P.2054-7.
2. Kim, Y. K. Epigenetic markers as promising prognosticators for bladder cancer / Y. K. Kim, W. J. Kim // Int. Urology.-2009.-Vol.16 (2).-P.17-22.
3. Vaidya, A. Denovo muscle invasive bladder cancer: is there a change in trend? / A. Vaidya, M. S. Soloway, C. Hawke et al. // Urol.- 2001.-Vol.165.-P.47-50.
4. Visser D. Local recurrence after cystectomy and survival of patients with bladder cancer:a population based study in greater Amsterdam/ D. Visser, J. A. Niewenhuijzen, J. Horenblas// J Urol.-2005.-Vol. 17.-P.97-102.
5. Сайдакова Н.О., Старцева Л.М., Кравчук Н.Г. Основні показники урологічної допомоги в Україні (2011-2012pp.): Відомче видання.-Київ: ДУ «Інститут урології НАМНУ»; ДЗ «Центр мед.статистики МОЗ України».-2013.-201 с.

МУЛЬТИФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОГО НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

Войленко О.А., Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Стаховський О.Е.

Відділення пластичної та реконструктивної онкоурології,

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Резекція нирки (РН) і радикальна нефректомія (НЕ) є стандартними операціями в лікуванні нирково-клітинного раку (НКТ). Всі спроби об'єктивізувати показання до РН і НЕ не увінчалися успіхом. Застосування нефрометрії дозволило передбачити ризик виникнення ускладнень після РН, але не дало можливість розробити показання до РН. Тому метою роботи було визначити фактори, що впливають на вибір оперативної тактики у хворих НКТ шляхом проведення мультифакторного аналізу клінічних і нефрометричних параметрів.

Матеріал і методи: З січня 2010 р при плануванні оперативного втручання у клініці всім пацієнтам на НКТ визначали нефрометричні параметри, що дозволило провести аналіз їх впливу на вибір методу оперативного лікування. До грудня 2014 року у дослідження включено 940 пацієнтів з одностороннім НКТ T₁-T₂ стадії, які розділені на 2 групи: в I групу включено 560 (59,6%) хворих що підлягли РН, у II – 380 (40,4%) пацієнтів, яким виконана НЕ. Групи співставні за основними клінічними параметрами. Середній вік склав 54,2 ± 11,1 і 55 ± 10,9 років у порівнюваних групах відповідно. Обидві групи ідентичні за статтю (58,6% і 41,4% проти 58,7% і 41,3% чоловіків і жінок відповідно). Сумарна клубочкова фільтрація становила 86,9 ± 17,8 проти 84,4 ± 19,8 мл/хв/1,73м²; ECOG статус 0,54 ± 0,42 проти 0,55 ± 0,41 балів для групи РН і НЕ відповідно.

В подальшому проведено мультифакторний аналіз в групах порівняння за параметрами, які могли вплинути на вибір методу оперативного лікування: максимальний розмір пухлини, локалізація (центральна, латеральна і полярна), вид росту (екзо-, ендо-фітний), відстань до порожнинної системи нирки, розташування на передній або задній поверхні, об'єм функціонуючої паренхіми. Всі представлені фактори оцінювали за даними КТ.

Результати. При аналізі кожного з перерахованих параметрів нефрометрії, статистично достовірна різниця знайдена в локалізації пухлини (РН частіше виконувалася при полярному розташуванні пухлини і НЕ – при центральному) ($\chi^2 = 149$; $p < 0,0001$). Настільки ж суттєва різниця була знайдена при порівнянні розмірів пухлини (46,7 ± 20,7 см при РН проти 83,1 ± 35,1 см при НЕ ($p < 0,001$)). При цьому відмічено, що максимальний розмір пухлини при РН становив 15,3 см, проти 17,5 см при НЕ, що було не суттєво. Максимальна різниця результатів була виявлена при аналізі об'єму збереженої паренхіми нирки (84,5 ± 12,4 % при РН проти 50,8 ± 21,8 % при НЕ ($p < 0,00001$)). Зазначені дані стали приводом для проведення аналізу даних в підгрупах по локалізації пухлини. При цьому нирка було розділена на 4 сектори (NCIU нефрометрія). При латеральному і полярному розташуванні пухлини пороговим значенням відсотка збереженої паренхіми при якому виконувалася РН склав 55 % з чутливістю 94,4 % і специфічністю 85,7 %, а при медіальному розташуванні основну роль зіграв розмір пухлини до 4 см з чутливістю 95,7 % і специфічністю 94,1 %.

Висновок. Проведений мультифакторний аналіз показав, що основними чинниками які впливають на вибір оперативної тактики лікування при НКТ був розмір пухлини, її локалізація і відсоток збереженої паренхіми нирки. Представлені в роботі дані дозволяють об'єктивізувати показання до проведення РН і НЕ. При центральному розташуванні пухлини основним показанням до РН є розмір пухлини до 4 см, а при латеральному і полярному - збереження об'єму функціонуючої паренхіми нирки більше 55%. У всіх інших випадках пацієнтам на НКТ показано проведення НЕ.

РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ЯК МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ В ЦИТОРЕДУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

Войленко О.А., Стаховський Е.О., Стаховський О.Е., Пікуль М.В., Вітрук Ю.В.

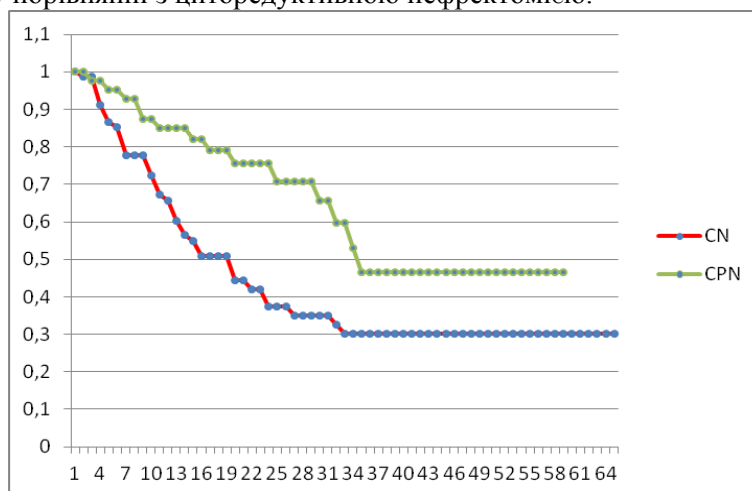
Відділення пластичної та реконструктивної онкоурології,
Національний інститут раку, м. Київ

Вступ: Стандартом лікування пацієнтів на метастатичний нирково-клітинний рак (мНКР) є: циторедуктивна нефректомія та таргетна терапія. Однак, виконання циторедуктивної нефректомії (цНЕ) може призвести до розвитку ниркової недостатності, що погіршить ефективність таргетної терапії, та може стати проти показом до її застосування. Тому важливим кроком, що дозволяє уникнути такої ситуації є проведення циторедуктивної резекції нирки (цРН), яка наряду з аналогічними онкологічними результатами дозволяє зберегти паренхіму нирки та значно покращити сумарну очисну функцію нирок. Тому метою роботи було проаналізувати онкологічну ефективність циторедуктивної резекції нирки в лікуванні хворих на метастатичний нирково-клітинний рак.

Матеріали та методи: ретроспективному аналізу підлягли результати лікування 116 пацієнтів з мНКР, які були прооперовані в Національному Інституті Раку в період з 2008 по 2014 рр. Середній вік склав $55,9 \pm 6,4$ роки. цРН виконана 44 (37,9%) хворим, а цНЕ – 72 (62,1%). При порівнянні груп цРН та цНЕ не було виявлено статистично достовірної різниці за віком, ECOG статусом, тривалістю спостереження, використанням таргетної терапії, інтраопераційній крововтраті, передопераційному рівню креатиніну а також післяопераційному ліжко-дню. В обох групах був проведений аналіз клінічних даних та вираховані криві виживаності.

Результати: Тривалість спостереження всієї групи склала $19,3 \pm 12$ (від 3 до 65) місяців. Групи різнилися за розмірами пухлини: $59,3 \pm 27,3$ мм в групі цРН проти $80,4 \pm 36,5$ мм в групі цНЕ ($p < 0,001$). Криві виживаності Kaplan-Meier наведені в графіку 1. Відмічено достовірну різницю виживаності на користь групи цРН ($p = 0,007$). Медіана загальної виживаності для цРН склала 35 місяців проти 16 для групи цНЕ. При цьому рівень 3-річної виживаності складав 46,5 % для групи цРН проти 30,1 % в групі цНЕ.

Заключення: Проведений аналіз онкологічної ефективності циторедуктивної резекції нирки в лікуванні хворих на мНКР дозволяє вдвічі підвищити як медіану загальної виживаності так і рівень 3-річної виживаності у порівнянні з циторедуктивною нефректомією.



Мал 1. Криві виживаності хворих на мНКР в залежності від виду оперативного втручання.

ВАРИАНТЫ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ НЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Зеленский А.И., Антонян И.М., Базаринский О.Г., Зеленский Р.А., Налбандян Т.А., Гранкин И.А.,
Мошель Ф.Г.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский областной клинический онкологический центр

Актуальность. Рак мочевого пузыря (РМП) характеризуется частыми рецидивами и прогрессированием. На частоту рецидивов не ВЛИЯЮТ препараты для системной и внутривезикулярной химио- и иммунотерапии. В этой связи, обсуждение хирургических аспектов

лечение РМП, особенно его мультифокальных, рецидивирующих форм, характеризующихся инфильтрирующим инвазивным характером роста, остается весьма актуальным.

Одной из самых сложных и длительных операций является радикальное удаление мочевого пузыря и последующее формирование на его месте нового мочевого резервуара при сохранении управляемого мочеиспускания. Однако наряду с опытом проведения подобных операций, к сожалению, возрастает и опыт «осложнений». клиник с большим опытом радикальных цистэктомий (РЦЭ) и ортотопической неоцистопластики (ОНЦП) указывает на 80% осложнений у пациентов с первые 12 недель после операции, при этом в 35% случаев это серьезные осложнения.

В этой работе мы хотели бы остановиться на анализе тех операций, когда формирование ортотопического резервуара, по каким либо причинам было отсрочено, либо решение о его пластике у больных с уретерокутанеостомией (УКС) возникло в динамике наблюдения после уточнения стадии и распространенности опухолевого процесса, исключения лимфаденопатии и метастазирования.

Цель работы – определение показаний к двухэтапному формированию ортотопического мочевого резервуара после РЦЭ и УКС, изучение условий и особенности выполнения операции.

В этой связи изучались основные причины, затрудняющие выполнение одномоментных операций, определялись показания к проведению отсроченной цистопластики, анализировались технические особенности и результаты 2-этапного хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Наш опыт РЦЭ и ОНЦП за 2009-2015 гг. составил 46 пациентов, возраст которых колебался от 41 до 76 лет, мужчин было 39, женщин – 7. Пациенты были разделены на 2 группы: первая – 36 больных с РМП стадии T2-3N0M0, которым после обследования было выполнено радикальное вмешательство с одномоментным формированием ортотопического неоциста. Во вторую группу вошли 10 больных (все мужчины), у которых I этап был ограничен радикальной цистпростатэктомией, лимфаденэктомией и уретерокутанеостомией. Двоим пациентам РЦЭ и УКС произведены в других клиниках.

Результаты и обсуждение.

У всех больных диагноз РМП был верифицирован до операции (ТУР МП, щипковая биопсия). У большей части больных показанием к ЦЭ было наличие инвазивного РМП. Поверхностные опухоли (мультифокальные, низкодифференцированные, рецидивирующие) имели место в 8 случаях в I группе и у 3 пациентов – во второй.

Неоднократно выполняли ТУР стенки мочевого пузыря 20 больным обеих групп. Дренирующие вмешательства – пункционная нефростома, к моменту РЦЭ было двусторонними у 9 пациентов I группы и у 4 – во второй. Учитывая средний возраст пациентов следует отметить высокую частоту сопутствующей патологии, в первую очередь сердечнососудистой, инфекционной, метаболической и эндокринной.

34 больным первой группы нецист был сформирован из тонкого кишечника, 2 – из сигмовидной кишки.

Основное внимание мы бы хотели привлечь к пациентам второй группы (10 человек). У 1 больного была стадия T1, у 6 - T2, еще у 3 - T3. Степень дифференцировки опухоли распределилась следующим образом: G1 – 1 пациент, G2 – 6 и G3 – 3 пациента.

Среди этих больных в двух случаях причиной изменения хирургической тактики стала тяжелая субоперационная декомпенсация и остановка сердца. У 3 пациентов этой группы в ходе вмешательства были выявлены пакеты увеличенных лимфоузлов – невозможность экспресс-диагностики, отсутствие убежденности в радикальности операции ограничили ее цистэктомией, УКС и лимфодиссекцией. Исследованные удаленные лимфоузлы были свободны от опухолевых изменений. В 2 случаях оперировавшие хирурги не владели методикой формирования неоциста. В 3 случаях цистэктомию проводили по экстренным показаниям при выраженной анемии и низком уровне альбумина. Высокий риск развития осложнений ограничивал нас в объеме первичной операции.

Всем мужчинам РЦЭ мы старались выполнить экстраперитонеально, что позволяло сохранить максимальной длину мочеточников и избежать травматизации содержимого брюшной полости, избежать начала спаечной болезни, что особенно важно в случае отсроченной кишечной неоцистопластики.

Не менее важной считаем технику формирования самих кутанеостом: максимальное отведения кнаружи от средней линии дистальной части культи и ее бережную фиксацию к

апоневрозу с созданием внутрикорпорального «провисания» мочеточников. Использование подобных приемов облегчает проведение II-го этапа операции – формирования ортотопического неоциста.

В наших наблюдениях это вмешательство было отсрочено в 8 случаях до 6 месяцев, в 2 – до 9 месяцев. Особенности подготовки к формированию ортотопического мочевого резервуара в два этапа считаем более тщательную предоперационную подготовку, которая включает проведение расширенного бак. исследования мочи - отдельные посевы из обеих УКС, МСКТ для выявления возможных противопоказаний к пластической операции у онкобольного (исключение метастазов и лимфаденопатии).

Всем 10 больным второй группы выполняли операцию Штудера. После иссечения операционного рубца (ЦЭ), отдельными округлыми разрезами вместе с кожно-апоневротическим «венцом» мобилизовали мочеточники. Следующая особенность - использование для создания резервуара кишки большей длины, чем при одноэтапном пособии. Использовали 50-60 см подвздошной кишки, из которой формировался Y-образный резервуар, центральный сегмент по антиперистальтической методике обычного размера и удлинёнными (8-10 см) приводящими и отводящими концами кишки. Перед этим в пределах неизменённых тканей освобождали культы мочеточников от фрагментов апоневроза и кожи. По поводу осложнений повторные операции в первые 90 дней выполнены у больных первой группы по поводу непроходимости в 4 случаях, ушивание мочевого свища потребовалось произвести у 5 больных. Эндоскопические вмешательства по поводу рубцевания и деформации анастомозов, конкрементов неоциста произведены 12 пациентам первой группы и 2 – во второй. Стрессовое недержание мочи I-II ст имело у 5 пациентов первой группы и у 1 – во второй.

Следует особо остановиться на трудовой реабилитации – 5 из 10 больных второй группы после ликвидации УКС и ортотопического отведения мочи вернулись к работе в полном объёме.

Выводы. Больные с УКС после РЦЭ могут быть подвергнуты пластической операции, а именно – отведению мочи в континентный ортотопический резервуар. Подобное вмешательство требует соблюдения определённых технических условий, а спектр осложнений при этом меньше, чем у больных после одноэтапного хирургического пособия.

ВПЛИВ ЕМБОЛІЗАЦІЇ НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ НА ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПОТОКУ КРОВІ У ХВОРИХ НА НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

Зеленський Р.О.

Харківський обласний клінічний онкологічний центр

Нирково-клітинний рак (НКТ) серед онкоурологічних захворювань за захворюваністю й смертністю посідає третє місце і становить 3,95 % злоякісних новоутворень у чоловіків і 2,71 % — у жінок. Приріст захворюваності на рак нирки за останні 10 років сягнув 55 % [3]. Приріст захворюваності на НКТ, насамперед, пояснюють широким впровадженням об'ємних методів дослідження (ультразвукової діагностики, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії), що дає змогу виявляти невеликі безсимптомні новоутворення [5]. Проте частота задованих форм НКТ також продовжує збільшуватися, що свідчить і про «істинний» приріст захворюваності [9]. НКТ має метастатичний потенціал. До моменту встановлення діагнозу злоякісного новоутворення у 25—39 % хворих виявляють віддалені метастази, а у 25 % — місцеві форми. При цьому у 40—50 % пацієнтів метастази діагностують під час наступного звернення, в процесі якого у 80 % вони виникають у перший рік спостереження [1]. Практично єдиним методом «радикального» лікування НКТ досі є радикальна нефректомія, причому попереднє лікування судинної ниркової ніжки поліпшує віддалені наслідки [4]. Доповнення оперативного лікування променевою або хіміогормонотерапією не поліпшує віддалених наслідків у зв'язку з у край малою чутливістю пухлини до опромінення, відомих цитостатиків або комбінації їх у разі системного застосування [10]. Низька ефективність комплексного лікування хворих на НКТ за допомогою хірургічного, променевого та медикаментозного лікування стала підставою для розробки інших методів, у тому числі емболізації (рентгеноендоваскулярної оклюзії) ниркової артерії, виконуваної через катетер шляхом пункції стегнової або пахової артерії за Сельдінгером [6]. У такого контингенту пацієнтів емболізація дає змогу зменшити кровонаповнення і розміри пухлини внаслідок розвитку в ній асептичного некрозу, скоротити крововтрату під час операції, а в разі неоперабельних пухлин, що супроводжуються інтенсивною гематурією і боєм, сприяє припиненню гематурії і знеболенню [8, 11]. Хоча про-

блемою рентгеноендоваскулярної хірургії при раку нирки займаються вже понад 30 років, багато питань досі не вирішені. Серед них центральне місце посідає проблема реології крові у емболізаційній нирці, з точки зору визначення ефективності втручання [2, 12].

Мета роботи — визначити вплив емболізації ниркової артерії на доплерографічні показники потоку крові у хворих на нирково-клітинний рак.

Матеріали та методи

Для вирішення згаданих завдань на базі ХОКОЦ проведено дослідження протягом 2012—2014 рр. У ньому взяли участь 60 пацієнтів: 27 жінок (45,0 %) та 33 (55,0 %) чоловіків віком ($66,3 \pm 1,8$) року. У проспективний аналіз введено 47 (78,3 %) пацієнтів із локальною формою НКР та 13 (21,7 %). Дані про метастатичний процес використовували для визначення закономірностей розвитку метастазів залежно від розташування первинного осередку запалення. У всіх пацієнтів морфологічним шляхом підтверджено НКР, причому у 82,2 % з них констатовано світлоклітинний варіант. Інші клініко-морфологічні варіанти НКР виявляли значно рідше.

Хворих розподілено на дві групи: пацієнтам I групи ($n = 30$) проведено паліативну ангіографічну оклюзію ниркового кровотока та хворих II групи ($n = 30$) лікували за оригінальною методикою шляхом комбінації рентгеноемболізації з подальшим оперативним втручанням.

За допомогою УЗД встановлено індекс резистентності (IP 0,6 — 0,7) та систоліадиастолічне відношення (С/Д 2,5 — 3,5). IP розраховували з використанням максимальних систолічної (А) і діастолічної швидкостей у такий спосіб: $IP = (A - B) / A$ [6].

Статистичну обробку результатів проводили із застосуванням пакета прикладних програм STATISTICA 6.0. Вірогідність різниці між порівнюваними середніми значеннями в дослідницьких і контрольній групах встановлювали за непараметричними критеріями.

Результати та обговорення

За даними аналізу доплерометричних показників, напередодні процедури емболізації IP у хворих I групи був у межах зональної норми — ($0,6 \pm 0,05$), а II — $0,66 \pm 0,08$ (табл. 1).

Одразу після емболізації констатовано тенденцію до зниження судинного тону на 10,0 % ($p = 0,000485$) у I групі та на 19,6 % ($p = 0,00375$) у II порівняно з початковим рівнем. Через добу зазначений показник зберігав тенденцію до зниження на 43,3 % ($p = 0,000294$) у хворих I групи та на 51,5 % ($p = 0,000274$) відносно початкового значення. Наприкінці дослідження зафіксовано мінімальні значення IP, що супроводжувалося зниженням на 58,3 % ($p = 0,000652$) у I групі та на 56,0 % ($p = 0,000385$) у II групі порівняно з початковим рівнем. Це свідчить про поступове зниження інтенсивності ниркового кровотока від початку емболізації протягом 5 діб.

Вивчення динаміки показника С/Д свідчило про неухильну тенденцію до посилення з часом від терміну емболізації ниркової артерії (табл. 2). Так, одразу після цієї процедури зафіксовано зростання показника С/Д на 32,6 % ($p = 0,000284$) у хворих I групи та на 34,6 % ($p = 0,000384$) II групи порівняно з початковим рівнем.

Через добу після емболізації блокада ниркового кровотока призводила до зростання С/Д на 65,3 % ($p = 0,000375$) у хворих I групи та на 61,5 % ($p = 0,000283$) II групи порівняно з періодом до емболізації. Через 5 діб констатовано зростання С/Д удвічі у хворих I ($p = 0,0000295$) та II ($p = 0,0000394$) групи. Відповідно блокада артеріального ниркового кровотока супроводжувалася значними змінами судинного тону і відображала процес поступового вилучення паренхіми з системного кровообігу. Це підтвердило кореляційна залежність між IP та С/Д (табл. 3).

Таким чином, у звичайних умовах взаємозалежності між цими показниками не було, оскільки IP скоріше має кореляційні взаємовідносини з лінійними характеристиками ниркового кровотока, ніж із судинним тоном. Однак емболізація призводить до появи такого взаємозв'язку, що, передусім, визначає посилення судинного тону як причину втрати кровотока. Це підтверджується поступовим посиленням інтенсивності кореляції від $r = -0,483$ безпосередньо після емболізації до $r = -0,983$ наприкінці дослідження. Негативний знак кореляції свідчить про протилежне спрямування динаміки IP та С/Д після емболізації ниркової артерії.

Таким чином, до особливостей доплерографічних показників кровотока у хворих на НКР належить поступове його припинення після емболізації. А втім, достеменною різниці між показниками судинного тону та лінійними характеристиками ниркового кровотока не виявлено. Тому напрошується висновок про однотипність хірургічної тактики як в умовах, коли можна провести операцію, так і тоді, коли неможливо це зробити.

Висновки

1. Після емболізації поступово погіршується судинний тонус у вигляді тенденції до зниження

на 10,0 % ($p = 0,000485$) у больных I группы та на 19,6 % ($0,00375$) II группы порівняно з початковим рівнем.

2. Блокада ниркового кровотока призводила до зростання показника С/Д на 65,3 % ($p = 0,000375$) у больных I групи та на 61,5 % ($p = 0,000283$) II групи.
3. Достеменною різницею між показниками судинного тону та лінійними характеристиками ниркового кровотока в групах дослідження не виявлено, що свідчить про однотипність хірургічної тактики як в умовах, коли можна провести операцію, так і тоді, коли немає такої можливості.

Література

1. Blom J.H., Van Poppel M.H., Marechal J.M. Members of the EORTCGU group. Radical nephrectomy with and without lymph node dissection: preliminary results of the EORTC randomised phase III protocol 30881 // European Urology. — 1999. — Vol. 36. — P. 570—575.
2. De Riese W., Goldenberg K., Allhoff E. Metastatic renal cell carcinoma: Spontaneous regression, longterm survival and late recurrence // International Urology Nephrology. - 2013. - Vol. 23. - P. 13-25.
3. Dupuy D.E., Zagoria R.J., Akerley W. Percutaneous radiofrequency ablation of malignancies in the lung // American Roentgenology. — 2013. — Vol. 174. — P. 5-7.
4. Esrig D., Ahlering T.E., Lieskovsky G. Experience with fossa recurrence of renal cell carcinoma // Urology. — 2012. - Vol. 147. - P. 14-91.
5. Friedel G., Hurtgen M., Penzenstadler M. Resection of pulmonary metastases from renal cell carcinoma // Anticancer Res. — 2014. — Vol. 19. — P. 15—93.
6. Giuliani L., Martorana G., Giberti C. Results of radical nephrectomy with extensive lymphadenectomy for renal cell carcinoma // Urology. — 2013. — Vol. 130. — P. 16-64.
7. Goldberg S.N., Gazelle G.S., Mueller P.R. Thermal ablation therapy for focal malignancy: a unified approach to underlying principles, techniques, and diagnostic imaging guidance // American Roentgenology. - 2013. - Vol. 174. - P. 3-23.
8. Herrlinger A., Schrott K.M., Schott G. What are the benefits of extended dissection of the regional renal lymph nodes in the therapy of renal cell carcinoma? // Urology. - 2011. - Vol. 146. - P. 12-24.
9. Itano N.B., Blute M.L., Spotts B. Outcome of isolated renal cell carcinoma fossa recurrence after nephrectomy // Urology. - 2013. - Vol. 164. - P. 3-22.
10. Kletscher B.A., Qian J., Bostwick D.G. Prospective analysis of the incidence of ipsilateral adrenal metastasis in localized renal cell carcinoma // Urology. — 2014. — Vol. 155. - P. 18-44.
11. Kosary C.L., McTavish J.K. Kidney and renal pelvis // Cancer Statistics Review. — 2013. — P. 19—39.
12. Motzer R.J., Bander N.H., Nanus D.M. Renalcell carcinoma // New England J. of Medicine. — 2014. — Vol. 335. - P. 8-15.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТ И СОЕДИНЕННЫХ С КИСТАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Кваша А.Н., Ухаль Е.М., Ухаль М.И.

Одесский национальный медицинский университет

Известно, что кисты почек являются наиболее распространенными из всех доброкачественных объемных новообразований почек и диагностируются у 3% всех взрослых. Кисты почек обнаруживаются на вскрытии у 50% лиц, страдавших урологическими заболеваниями. В последнее время частота выявления кист почек значительно увеличилась прижизненно, что связано с широким использованием УЗИ и новых методов, таких как компьютерная и магнитно-резонансная томографии. Вместе с тем, до сих пор 5-7% кист почек нельзя четко охарактеризовать с помощью современных методов визуальной диагностики. К ним относятся кистозные новообразования, которые могут достигают 10-15% всех злокачественных опухолей почек. Кроме того, до настоящего времени не имеется четких данных о морфологических вариантах кистозного рака почки (рак в стенке кисты, кистозная трансформация почечно-клеточного рака и др.). Также нет досточных критериев для рекомендаций относительно объема хирургического лечения кистозных опухолей (радикальная нефрэктомия или органосохраняющие операции). Нерешенными остаются вопросы дифференциальной диагностики различных кистозных образований, а также выбор оптимальных методов оперативного лечения осложненных кист, кистозных злокачественных новообразований и сочетанных с кистами заболеваний почек. Диагностические проблемы сохраняются, даже при использовании современных высоко-информативных методов исследования, что не позволяет своевременно решать вопросы оперативного лечения на ранних стадиях заболевания осложненных кист почек и злокачественных кистозных почечных новообразований.

Цель исследования: Повысить эффективность дифференциальной диагностики кист и соединенных с кистами заболеваний почек путем использования современных комплексных методов исследования для обоснования выбора оперативного лечения.

Материалы и методы: Исследования проведены у 288 пациентов. Возраст больных колебался от 21 до 79 лет. Среди обследованных больных мужчин -100; женщин -188. Для верификации диагноза и определения общего состояния больных использовались общеклинические

исследования крови и мочи, биохимические исследования, современные методы лучевой диагностики (УЗИ, доплерографию почек, КТ, МРТ, КТ со сплит-болюсным контрастированием, радиоизотопное исследования функции почек, морфологические и эндоскопические методы). Для подтверждения осложненного течения солитарных кист с размерами от 4,8 до 11 см больным дополнительно проведены фармако-УЗИ, фармакодоплерография и фармакоренография.

Результаты и их обсуждение. У 252 пациентов кисты почек имели четкие признаки солитарных. Простые (солитарные) кисты нередко сочетались с другими заболеваниями почек (камнями почек, пиелонефритом, паренхиматозными опухолями). Так, у 17,1% из 288 пациентов кисты были сочетаны с камнями почек, у 16,3% - с пиелонефритом, у 12,5% - с паренхиматозными опухолями. У 6,3% пациентов кисты имели сложную структуру с подозрением на малигнизацию. При УЗИ в 106 из 252 пациентов (42%) размеры солитарных почечных кист колебались от 2,5 до 4,7 см (в среднем $3,6 \pm 0,2$ см). По данным общепринятых стандартных методов исследования (лабораторных, рентгенологических и изотопной ренографии) каликопиелозктазии и нарушений секреторно-экскреторной функции почек у этих пациентов не выявлено. Кроме того у всех этих пациентов не было жалоб на боль в поясничной области и повышение артериального давления. У 146 из 252 пациентов (58%) размеры простых кист почек колебались от 4,8 до 11 см (в среднем $6,6 \pm 0,6$ см).

Клинические проявления и лабораторные изменения в анализах мочи у этих пациентов (артериальная гипертензия, боль в поясничной области, лейкоцитурия и эритроцитурия), а также пиелокаликотктазия и нарушения секреторно-экскреторной функции почек давали основания считать, что эти кисты имеют осложненное течение и такие пациенты нуждаются в оперативном лечении. Аспирационно-пункционный способ оперативного лечения применен у 46 пациентов, открытое иссечение кист - у 22 и лапароскопическое иссечение стенок кист у 16 больных. Нами установлено, что аспирационная пункция простых субкапсулярных кист почек диаметром от 4,5 см и более с последующей склеротерапией 96% спиртом дает положительный лечебный эффект (ликвидация кист) через 12 месяцев после оперативного вмешательства у $62,2 \pm 4,8$ % пациентов, а у пациентов с интрапаренхиматозной локализацией кист, только у $13,3 \pm 2,1$ %. У пациентов с открытым и лапароскопическим иссечением оболочек кист через 12 месяцев рецидива не отмечалось.

Использование УЗИ и традиционного рентгеноурологического исследований не позволяло решить вопрос о причинно-следственном характере развития камней почек у больных с сочетанными кистами почек, а также принять решение о выборе метода оперативного лечения. Для решения этих вопросов использовали современные методы лучевой визуализации - мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), 3-D, сагитальную реконструкцию и сплит-болюсный протокол исследования. Эти методы позволили подтвердить солитарный характер кист, а также выяснить особенности их локализации по отношению к чашечкам, почечной лоханке и отсутствие связи кисты с этими структурными образованиями. Кроме того, определяли особенности локализации камней в чашечках и причинно-следственную связь кист с развитием камней. Необходимость оперативного лечения солитарных кист почек в сочетании с камнями подтверждено у 43 больных.

Перечисленные выше современные методы лучевой визуализации позволяли обосновать злокачественный характер опухолей почек в сочетании с солитарными кистами.

Оперативное лечение солитарных кист почек в сочетании с паренхиматозными опухолями проведено у 16 пациентов. У всех больных при клиническом разборе планировалось проведение открытого органосохраняющего оперативного вмешательства - удаление стенок кист и резекция части почки, пораженной опухолью. У одного больного с подковообразной почкой перед удалением паренхиматозной опухоли проведена суперлективная эмболизация артериального кровоснабжения опухолевого узла. Еще у одного больного с опухолью и кистой единственной почки удаление опухоли и кисты проведено экстракорпорально с последующей аутоотрансплантацией почки.

У 6% из 288 пациентов кисты имели сложную структуру (III-IV тип по Bosniak).

Учитывая литературные данные о высокой частоте развития злокачественного процесса в сложных кистах всем этим больным выполнено вышеуказанное современное комплексное лучевое исследование, что позволяло выявить известные характерные признаки злокачественного процесса в сложных кистах. Кроме того, большинству этих пациентов выполнена пункционная биопсия измененных стенок кист, а также цитологическое исследование кистозной жидкости. При цитологическом исследовании жидкостного содержимого кист атипичные клетки выявлено у 42,8%

пациентов. При морфологическом исследовании пункционных биопсий стенок кист, малигнизация подтверждена в 71,4% пациентов.

Учитывая результаты дополнительного цитологического и морфологического исследований, всем пациентам со сложными кистозными образованиями (в том числе и пациентам, отказавшимся от пункции и биопсии кист) предложено и выполнено оперативное вмешательство. У 11 больных с периферическим расположением кистозных новообразований проведена стандартная резекция почек с экспресс-исследованием края опухолей.

Злокачественный процесс в удаленных кистозных опухолевых образованиях подтвержден у 9 из 11 больных (81,8%). При этом у 2 случаях злокачественный опухолевый процесс выявлен у пациентов, где при пункционной биопсии злокачественный процесс не диагностировался. Оперативное вмешательство (нефрэктомия) выполнено у одной больной с редким сложным кистозным образованием - мультилокулярной кистозной формой рака.

Выводы

1. Доказано, что комплексное использование фармакоультразвукового, фармакодоплерографического и фармакоренографического методов диагностики позволяет объективно подтвердить роль почечных кист размерами от 4,8 до 11 см в развитии артериальной гипертензии, болевого синдрома, пиело- и каликоектазии и нарушения секреторно-экскреторной функции почек, что дало основание рекомендовать этим пациентам оперативное вмешательство.

2. Доказано, что комплексное использование современных методов лучевой визуализации сложных кист почек позволяет подтвердить признаки их малигнизации у 100% пациентов и своевременно принять решение об оперативном лечении больных.

3. Доказано, что аспирационная пункция простых кист почек диаметром от 4,5 см и более с последующей склеротерапией 96% спиртом дает положительный лечебный эффект (ликвидация кист) через 12 месяцев после оперативного вмешательства у $62,2 \pm 4,8$ % пациентов с субкапсулярной локализацией кист, и только у $13,3 \pm 2,1$ % пациентов с интрапаренхиматозной локализацией кист, что дает основание рекомендовать воздержаться от применения этого распространенного оперативного метода лечения.

4. Подтверждена 100% эффективность (полная ликвидация кист) при использовании лапароскопического иссечения стенок простых и парапелвичальных кист.

5. При локализации простых кист в парапелвичальной зоне в сочетании с камнями почек использование открытого способа оперативного вмешательства позволяет удалить кисты и камни почек и достичь положительного результата лечения у 100% больных.

6. Доказано, что у 92,8% пациентов с простыми кистами большого объема (>300 см³) и у 78,4% больных с кистозными формами рака эффективными методами оперативного лечения были органосохраняющие операции - резекция стенок солитарных кист или частичная резекция почки, пораженной злокачественной кистозной опухолью.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОНТРОЛЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ В НПВ

*Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Хареба Г.Г., Поляков Н.Н.,
Демченко В.Н., Лийченко В.А.*

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала», г. Харьков

Введение. Контроль артерии почки, пораженной опухолью, представляет собой один из наиболее ответственных этапов радикальной нефрэктомии с венакавотромбэктомией. Подавляющее большинство хирургов рассматривают пересечение почечной артерии, как обязательное условие, которое необходимо выполнить, прежде чем приступить к удалению опухолевого тромба из нижней полой вены. Этот маневр значительно уменьшает выраженность кровотечения из паранефральных и капсулярных венозных коллатералей при выделении почки, а также может способствовать ретракции (сокращению) тромба, степень выраженности которой зависит от уровня кровоснабжения интралюминальных масс. Существуют три основных варианта контроля почечной артерии при венакавотромбэктомии:

- выделение, перевязка и пересечение артерии перед осуществлением тромбэктомии;

- эмболизация артерии до операции;
- перевязка и пересечение артерии после тромбэктомии.

Однако, все вышеперечисленные варианты хирургической стратегии имеют не только свои преимущества, но и отчетливые недостатки.

Мы прицельно исследовали эффективность и безопасность новой методики контроля почечной артерии после тромбэктомии в сравнительном аспекте со стандартными хирургическими техниками.

Материал и методы. В исследование вошли 132 пациента с распространением почечно-клеточного рака в просвет основной почечной (n=63) или нижней полой вены (n=69), которые были оперированы в Харьковском областном нефроурологическом центре им. В.И. Шаповала с 2002 по 2014 гг. Их средний возраст составил 58,6 лет (от 33 до 77 лет). Опухолевые тромбы НПВ в 19 (27,5%) наблюдениях достигали каворенального, в 26 (37,7%) - подпеченочного, в 16 (23,2%) - ретропеченочного отдела НПВ, а у 8 (11,6%) больных проникали в супрадиафрагмальный сегмент нижней полой вены или в правое предсердие. Опухоли исходили из правой почки в 61 (46,2%), а из левой в 71 (53,8%) наблюдениях.

Во всех случаях оценивали возможность контроля почечной артерии до этапа тромбэктомии. Если данный маневр с точки зрения хирурга являлся рискованным, перевязку артерии осуществляли непосредственно после удаления опухолевого тромба. В связи с этим все пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида перевязки почечной артерии:

1 - перевязка до выполнения тромбэктомии (n=79)

2 - перевязка после выполнения тромбэктомии (n=53)

В зависимости от особенностей хирургической техники пациенты первой группы были включены в три подгруппы: 1a - перевязка артерии в зоне почечного синуса спереди, 1b - перевязка артерии сзади после выделения и медиальной ротации почки, 1c - перевязка артерии в интераортокавальном промежутке. Вторая группа включала две подгруппы: 2a - перевязка артерии спереди после пересечения почечной вены и 2b - перевязка артерии сзади после выделения и медиальной ротации почки.

Результаты и их обсуждение. Значительные технические трудности при контроле почечной артерии были зафиксированы в 32 (24,2%) наблюдениях. Клинически значимое кровотечение (более 100 мл) в результате попыток выделения и перевязки почечной артерии отмечалось у 23 (17,4%) пациентов. Его объем варьировал от 100,0 мл до 800,0 мл и в среднем не превышал 300,0 мл. Данные кровотечения сопровождалась гемодинамической недостаточностью в 4 (17,4%) случаях. Уровень снижения АД в среднем составлял 32,5 мм.рт.ст. (от 20 до 60 мм.рт.ст.).

При сравнении различных групп пациентов в плане технических трудностей при перевязке почечной артерии было выявлено, что они встречались гораздо чаще в первой группе (30,4% по сравнению с 15,1%). При этом наибольшие затруднения зафиксированы в подгруппах 1a и 1c (соответственно 47,4% и 46,7%). Технические проблемы с контролем почечной артерии не зависели от уровня распространения тромба в нижней полой вене, а их частота была практически одинаковой как при правосторонних, так и левосторонних опухолях (соответственно 27,9% и 21,1% наблюдений). Однако, во второй группе наибольшие сложности возникали при новообразованиях левой почки. Сравнительная оценка частоты клинически значимых кровотечений при выделении артерии также продемонстрировала преимущества хирургической техники, использовавшейся во второй группе (9,4% по сравнению с 22,8%), хотя средние объемы кровопотери в обеих группах были сходными (383,3 мл в первой группе и 440,0 мл во второй). Эти кровотечения наиболее часто встречались при тромбах почечной вены или подпеченочного сегмента НПВ и не зависели от право- или левосторонней локализации опухоли.

У пациентов второй группы мы также оценили сохранение кровотока через просвет почечной вены, заполненной тромбом. При этом полное отсутствие поступления крови из пересеченной почечной вены было зафиксировано в 28 (52,8%) наблюдениях, умеренное кровотечение имело место у 22 (41,5%) пациентов, тогда как активный кровоток был сохранен лишь в 3 (5,7%) случаях. Но, это кровотечение легко контролировалось перевязкой или прошиванием вены вместе с тромбом после ее отсечения от НПВ.

При сравнении объема кровопотери в течение всей операции этот показатель был выше во второй группе (1383,9 мл по сравнению с 960,5 мл). Однако, необходимо учитывать, что во вторую группу вошло гораздо больше пациентов с "высокими" опухолевыми тромбами (6 по сравнению с 2 тромбами супрадиафрагмальной локализации и 11 по сравнению с 6 тромбами ретропеченочного

отдела НПВ). Рассмотрение общего объема кровопотери в зависимости от распространения интралюминальной опухоли также продемонстрировало большую потерю крови у пациентов второй группы. Это касалось тромбов, проникающих в нижнюю полую вену. При сравнении пациентов с тромбами только почечной вены эти различия не были статистически достоверными (первая группа 775,0 мл, вторая группа 753,0 мл).

Не смотря на то, что общий уровень интраоперационной смертности был существенно выше во второй группе (5 пациентов по сравнению с 2), летальность из-за фрагментации тромба и эмболии легочной артерии опухолевыми массами имела место только у пациентов первой группы (два наблюдения).

Заключение

Наш опыт продемонстрировал выполнимость, безопасность и высокую эффективность тромбэктомии без предварительной перевязки почечной артерии. Результаты этой методики не зависели от уровня распространения внутривенозной опухоли и были значительно лучше, чем при использовании стандартных подходов к почечной артерии в плане технической выполнимости и частично лучше в плане безопасности за счет отсутствия эмболических осложнений. Тем не менее следует признать, что идеального метода контроля почечной артерии при выполнении венакаватромбэктомии в настоящее время не существует. Данный этап операции существенно зависит от опыта и индивидуальных предпочтений хирурга. Для определения роли хирургических техник, осуществляющих контроль почечной артерии после выполнения тромбэктомии, требуются дальнейшие исследования, в частности, изучение онкологических результатов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ МЕТОДИКИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИЗОЛИРОВАННОГО УЧАСТКА НПВ ПРИ ВЕНАКАВАТРОМБЭКТОМИИ

Лесовой В.Н., Шукин Д.В., Гарагатый И.А., Поляков Н.Н., Хареба Г.Г., Алтухов А.А., Демченко В.Н., Мозжаков П.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала», г. Харьков

Одной из наиболее важных проблем удаления опухолевых тромбов нижней полую вены является массивная интраоперационная кровопотеря. Причины и объем кровотечений зависят от многих факторов, включающих размеры почечного новообразования, степень развития венозных коллатералей, выраженность обструкции нижней полую вены, инвазию опухоли в венозную стенку и локализацию дистального конца тромба. На практике наибольшая кровопотеря наблюдается из венозных коллатералей при выделении нижней полую вены и почки, а также при повреждении нижней полую вены, печеночных вен или собственно паренхимы печени. Отдельно можно выделить кровотечения из просвета изолированного сегмента нижней полую вены после выполнения кавотомии и удаления тромба.

Целью этой работы явилось повышение безопасности венакаватромбэктомии за счет прогнозирования вероятности кровотечения из просвета изолированного участка нижней полую вены. Для решения данной задачи перед проведением кавотомии мы использовали пункцию просвета НПВ в зоне васкулярной изоляции тромба с исследованием уровня венозного давления и определением корреляций между результатами пункционной пробы у уровнем кровопотери.

Материал и методы

Методика исследования. Манипуляция осуществлялась следующим образом. На НПВ накладывались сосудистые турникеты или зажимы в следующей последовательности - выше тромба, на вену остающейся почки, ниже тромба. Затем проводилась пункция просвета изолированного вместе с тромбом участка нижней полую вены. При этом использовали иглу для внутривенных инъекций диаметром 0,8 мм и длиной 40 мм, соединенную с полихлорвиниловой трубкой диаметром 6,0 мм и длиной 120 мм. Игла вводилась в НПВ параллельно ее продольной оси. При этом старались, чтобы конец иглы не проникал в ткани тромба, а располагался между тромбом и стенкой вены. Удерживая иглу параллельно к нижней полую вене, полихлорвиниловую трубку поднимали вверх, перпендикулярно к НПВ и оценивали высоту столба крови в ней в сантиметрах. После остановки движения кровяного лимба трубку опускали до нулевого уровня, выпускали из ее просвета кровь, вновь поднимали перпендикулярно нижней полую вене и снова фиксировали высоту кровяного лимба. Пробу считали отрицательной, если высота столба крови не превышала 30 см или если после

опускания и повторного поднятия трубки кровь вновь не поступала в ее просвет. Если один из критериев был позитивным, а другой нет, то тест считали положительным.

Материал исследования. Данная проба была изучена в 29 наблюдениях. Однако, в работу были включены 25 пациентов, у которых почечная артерия перевязывалась до этапа тромбэктомии или больные, которым почечную артерию перевязывали после тромбэктомии, но активного выделения крови из просвета почечной вены, заполненной тромбом при этом отмечено не было. В 4 случаях при выполнении тромбэктомии до перевязки почечной артерии из почечной вены отмечалось активное поступление крови, что могло повлиять на результат пункционной пробы. Поэтому данные больные были исключены из исследования. Все пациенты были оперированы в Харьковском областном центре урологии и нефрологии с 2010 по 2014 гг. Опухолевые тромбы в 10 (40,0%) наблюдениях достигали каворенального, в 7 (28,0%) - подпеченочного, в 5 (20,0%) - ретропеченочного отдела НПВ, а у 3 (12,0%) больных проникали в супрадиафрагмальный сегмент нижней полой вены или в правое предсердие. Опухоли исходили из правой почки в 15 (60,0%), а из левой в 10 (40,0%) наблюдениях. Инвазия интралюминальной опухоли в стенку НПВ имела место в 3 (12,0%) случаях. У 4 (16,0%) пациентов были обнаружены синехии между тромбом и эндотелием, требовавшие кюретажа интралюминальной поверхности полой вены.

Результаты и их обсуждение

Высота столба крови варьировала от 0 до 120 см водного столба и составляла в среднем 58,4 см водного столба. В соответствии с представленными критериями оценки результатов она была признана положительной в 14 (56,0%) случаях, отрицательной у 11 (44,0%) пациентов. Кровопотерю до 100 мл мы не считали клинически значимой, поэтому к группе кровотечений относили случаи с кровопотерей более 100 мл. Объем кровопотери среди всех 25 пациентов варьировал от 0 до 3500 мл и в среднем составлял 446,0 мл. При позитивном заключении пункционного теста этот параметр достигал 659,2 мл (от 30 до 3500 мл), при негативном - 174,5 мл (от 0 до 1200 мл). У 2 пациентов с ложно-негативным результатом данной пробы была зафиксирована кровопотеря 400 мл и 1200 мл.

При использовании в качестве прогностического критерия только значений венозного давления в трех случаях зафиксирован ложно-негативный результат, еще в одном наблюдении имело место ложно-позитивное заключение. Использование критерия повторного заполнения трубки кровью сопровождалось тремя ложно негативными результатами при отсутствии ложно-позитивных. Показатели информативности пункционной пробы представлены в таблице 1.

Обращают на себя внимание высокие значения специфичности (100%) и позитивного предсказательного значения (100%) критерия "повторное заполнение трубки" при относительно низкой чувствительности (81,3%). Для параметра "венозное давление" значения всех показателей информативности (кроме негативного предсказательного значения) превышали 80%.

Объем кровопотери в большинстве случаев напрямую зависел от уровня внутривенозного давления. Однако, наибольшее кровотечение (3500 мл) было зафиксировано нами при значении Рвен всего лишь 60 см водного столба. Мы связываем это несоответствие с большой длительностью этапа тромбэктомии из-за инвазии опухолью кавальной стенки.

Таблица 1

Показатели информативности пункционной пробы

	Критерий "венозное давление"	Критерий "повторное заполнение трубки"
Точность	84,0%	88,0%
Чувствительность	81,3%	81,3%
Специфичность	88,9 9%	100%
Позитивное предсказательное значение	92,9%	100%
Негативное предсказательное значение	72,7%	75,0%

Оценивая методологию нашего исследования необходимо отметить, что мы руководствовались следующими допущениями - при отсутствии притока крови к изолированному сегменту НПВ в его просвете может оставаться относительно небольшой объем крови под относительно небольшим давлением. Поэтому после пункции столб крови в полихлорвиниловой трубке как правило не распространяется выше 0-30 см. вод. ст. В случае существования притока крови к изолированному сегменту этот параметр превышает 30 см водного столба и зависит от

объемной скорости кровотока через непережатый венозный сосуд. Однако, на величину венозного давления в просвете изолированного сегмента НПВ влияет не только поступление крови через различные притоки, но и последовательность наложения зажимов на полую вену. В нашей работе первый зажим накладывался выше тромба, что приводило к сохранению повышенного давления венозной крови в изолированном сегменте НПВ после пережатия контралатеральной почечной вены и полую вену ниже тромба. Именно этим мы объясняем ложно-положительное заключение, зафиксированное при использовании критерия "венозное давление". Безусловно, обратная методика наложения турникетов сопровождается меньшим подъемом давления венозной крови в изолированном сегменте НПВ. Первоначальное пережатие НПВ выше тромба оправдывалось частой необходимостью пальцевого смещения верхушки опухолевого тромба вниз (ниже устьев главных печеночных вен или ниже хвостатой доли печени) и предотвращением эмболии легочной артерии в результате фрагментации тромба.

Низкая специфичность критерия "венозное давление", связанная возможностью высокого венозного давления в изолированном сегменте НПВ при отсутствии активного притока крови через поясничные вены, привела к необходимости использования другого критерия - "повторное заполнение трубки кровью". Этот критерий оказался весьма специфичным и имел высокое положительное предсказательное значение, так как не сопровождался ложно-положительными результатами. То есть, положительное заключение данного теста очень точно предсказывало кровотечение после кавотомии. Однако, мы зафиксировали три ложно-негативных результата при применении этого критерия и три ложно-негативных заключения при использовании критерия "венозное давление", что с нашей точки зрения связано с массивными размерами тромбов, которые полностью или почти полностью заполняли просвет изолированного сегмента нижней полую вену. Ложно-негативные результаты были обусловлены трудностями проведения иглы между тромбом и стенкой вены, а также тем, что тромб блокировал поступление крови из устьев венозных притоков. Поэтому мы не рекомендуем использование пункционного теста у пациентов с опухолевыми тромбами, которые полностью обтурируют просвет НПВ.

Заключение

Пункционный тест, включающий критерий повторного заполнения трубки кровью, обладает высокой специфичностью и положительным предсказательным значением (100%) при чувствительности 81,3%. Для параметра "венозное давление" значения большей части показателей информативности превышают 80%. Использование данной методики позволяет выделить группу пациентов, имеющих высокий риск кавального кровотечения при проведении тромбэктомии. У этой группы больных необходимо тщательное выделение поясничных вен в области каворенального соустья до этапа кавотомии и эвакуации тромба. Пункционный тест недостаточно информативен при массивных тромбах, которые полностью заполняют просвет нижней полую вены.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ ПУХЛИН ЯЄЧКА У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Лісовий В.М., Хареба Г.Г., Гарагатий І.А., Ханжін В.В.

Харківський національний медичний університет

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І.Шаповала», м. Харків

Введення. Пухлини яєчка становлять 1-1,5% в структурі загальної онкологічної захворюваності, найбільш часто зустрічаються у віці 15-44 років і є основною причиною смерті від злоякісних новоутворень чоловіків у цій віковій групі. Пухлини яєчка розрізняються за гістологічним типом, але 90-95% випадків припадає на герміногенні форми [La Vecchia et al, 2010].

З клінічної точки зору важливий поділ герміногенних пухлин на дві групи: семіноми і несеміноми, до яких відносяться ембріональний рак, тератома, пухлина жовткового мішка, хоріон карцинома – окремо або в поєднанні як одне з одним, так і з семіномним компонентом. Ефективність лікування і відповідно прогноз захворювання при цих пухлинах значно різняться.

Мета дослідження. Провести аналіз епідеміологічних та патоморфологічних характеристик пацієнтів з первинно виявленою пухлиною яєчка.

Матеріали та методи. Проаналізовано випадки вперше виявлених пухлин яєчка в період з 2012 по 2014 рік у пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКЦУН ім.

В.І.Шаповала. Проведено оцінку за такими параметрами: кількість випадків кожної з форм пухлин яєчка та їх питома вага, вік пацієнтів, кількість місцево-запущених форм з урахуванням патоморфологічної форми пухлини.

Результати дослідження.

З 2012 по 2014 рік в ОКЦУН діагностовано і прооперовано 78 пацієнтів з пухлинами яєчка. У 2012 році було виявлено – 25 нових пацієнтів, в 2013 – 27, і в 2014 – 26 хворих. Всі виявлені пухлини яєчка були злоякісними.

Висновки.

- За останні 3 роки кількість нових випадків пухлин яєчка щорічно було практично однаковою.
- Герміногенні пухлини яєчка складають 97,4%, що вище за представлені в літературі дані.
- Відзначено значно більшу, порівняно зі світовими даними, питому вагу семіном (52,6%).
- Друге місце за розповсюдженістю займає тератокарцинома яєчка – 12,8%, а третє і четверте місця ділять ембріональний рак та лімфоми яєчка – по 11,5%.
- Найбільш часто занедбані стадії розповсюдження первинної пухлини зустрічаються серед лімфом (44,4%), ембріонального раку (33,3%) і семіном (22,5%).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУНКЦИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ПРОСТЫХ КИСТАХ ПОЧЕК

Майсара Абдельрахман

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. В настоящее время стандартными лечебными технологиями при простой кисте почки (ПКП) являются пункционная склеротерапия и эндоскопические вмешательства. Вместе с тем, несмотря достаточно полную разработку проблемы все еще противоречивы и не вполне конкретизированы критерии клинической эффективности лечения.

Материалы и методы. Проанализировано развитие клинической симптоматики от размеров и локализации ПКП, а так же критерии клинической эффективности одномоментной перекутанной пункции ПКП под ультразвуковым наведением с аспирацией содержимого и инстилляцией склерозанта (этиловый спирт 96%) в течение 12 месяцев наблюдения. В исследование включены 98 наблюдений субкапсулярной – 38 (38,8%), интрапаренхиматозной – 27 (27,5%) и парапельвикальной – 33 (33,7%) односторонней локализации ПКП, их размеры колебались от 2,5 до 21 см в диаметре. Клиническими проявлениями сопровождались 57 (58,2%) наблюдений ПКП («симптомные кисты»), в то числе при субкапсулярной – 27, интрапаренхиматозной – 11 и парапельвикальной – 19 локализациях. Во всех случаях «симптомных» ПКП была произведена пункционная склеротерапия. Бессимптомные ПКП (41), выявленные «случайно» при ультразвуковом исследовании, явились группой сравнения.

Результаты исследований. Клиническая симптоматика и жалобы больных при ПКП в основном носили скудный и непатогномичный характер. Основной причиной побудившей к обращению за медицинской помощью была боль в поясничной области на стороне поражения – 57 (100,0%). Артериальная гипертензия встречена в 19 (33,3%) и, в первую очередь, при локализации кист в воротах почки – 14 (73,7%), реже при их интрапаренхиматозном расположении – 3 (27,3%) и практически не выявлялась при субкапсулярных вариантах ПКП – 2 (7,4%); лейкоцит- и/или эритроцитурия – 7 (12,3%); нарушения уродинамики – 4 (7,1%). Средние размеры «симптомных» ПКП оказались явно больше чем при «бессимптомных» новообразованиях. Для субкапсулярных ПКП средний диаметр составил – $10,9 \pm 1,5$ см ($\geq 9,0$ см) против $7,1 \pm 1,1$ см; для интрапаренхиматозных – $5,2 \pm 0,7$ см ($\geq 4,0$ см) против $3,1 \pm 0,8$ см; для парапельвикальных – $7,5 \pm 1,4$ см ($\geq 6,0$ см) против $4,7 \pm 1,1$ см соответственно.

Клинический эффект одномоментной пункционной склеротерапии в основном сопровождался уменьшением или исчезновением болевых ощущений, что имело место в абсолютном большинстве наблюдений – 91,5% вне зависимости от исходной локализации кист. Снижение и стабилизация артериального давления на более низком уровне имело место в 10 (52,6%) из 19 (100,0%) случаев исходной артериальной гипертензии, в основном при парапельвикальных ПКП.

Темп регрессии размеров кист после пункционной склеротерапии в основном зависел от их первоначального размера, был наиболее выражен при размерах ПКП до 5 см (через три месяца исчезает близко половины кист; в течение полугода их основная часть – до 80%; в течение года – 100%). При ПКП от 6 до 10 см – через три месяца регрессирует 30% кист; через полгода – 75%;

через год – 95,8%. При ПКП>15 см в течение года не визуализировались 50,0% кист; в 20,0% сохранилась резидуальная полость ½ от исходной; в 30,0% ПКП рецидивировали, что потребовало повторной пункции.

Заключение. Развитие клинической симптоматики при ПКП зависит от размеров и локализации кист. Граничным порогом для субкапсулярных ПКП служит размер полости $\geq 9,0$ см; для интрапаренхиматозных $\geq 4,0$ см; для парапелликулярных $\geq 6,0$ см. Одномоментная пункционная склеротерапия ПКП наиболее оптимальна при размерах кисты до 15,0 см.

ВИКОРИСТАННЯ БІОПСІЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Михайлюта О.О., Михайлюта О.М.

Міська лікарня № 25, м. Харків

Рак передміхурової залози (РПЗ) є одним з найпоширеніших злоякісних захворювань у чоловіків старшої вікової групи. У багатьох країнах світу РПЗ вийшов на друге місце в структурі онкологічної захворюваності чоловіків після раку легень [Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin 2008 Mar;58(2):71–96]. За даними Національного канцер-реєстру, в Україні захворюваність на РПЗ в 2013 р. складала 37,1 на 100 тис. населення, а смертність внаслідок РПЗ протягом 1997 – 2013 р.р. зросла з 10,8 до 16,9 на 100 тис. населення [Федоренко З.П., Гайсенко А.В., Гулак Л.О., Горох Е.Л. и др. Рак в Украине, 2012 - 2013 // Бюллетень Национального канцер-реестра Украины, Киев. - 2013. - № 15 - С. 52-53]. Висока поширеність раку, труднощі діагностики, особливо на початку розвитку, нерідко виявлення на пізніх стадіях, коли навіть паліативна терапія малоефективна – фактори, які визначають актуальність проблеми й надають їй соціальне значення. Найважливішими завданнями є рання діагностика раку, вибір оптимальної тактики лікування, а також моніторинг хворих з метою ранньої діагностики рецидивів і генералізації процесу (Пушкар Д.Ю., 2003; Щербіна О.В. та співавт., 2004).

Захворюваність на РПЗ у Харківському регіоні в 2013 р. складала 34,63, а смертність 18,9 на 100 тисяч чоловічого населення. Ці показники мало відрізняються від середніх по Україні (37,1 та 16,9 відповідно) [Федоренко З.П., Гайсенко А.В., Гулак Л.О., Горох Е.Л. и др. Рак в Украине, 2012 - 2013 // Бюллетень Национального канцер-реестра Украины, Киев. - 2013. - № 15 - С. 52-53].

В 2013 році в Україні зареєстровано 7786 нових випадків РПЗ, а померло від цього захворювання 3538 чоловіків. Знизити смертність від РПЗ можливо використовуючи дві тактики: ранню діагностику та ефективне лікування хвороби в її початковій стадії [Возіанов С.О., Лісовий В.М., Пасєчніков С.П. и соавт. Рак передміхурової залози. – К.: Книга плюс, 2004. – 182 с.].

В комплексі традиційних методів діагностики РПЗ входять: визначення в сироватці крові рівнів простато-специфічного антигену (ПСА), пальцьове ректальне дослідження (ПРД), трансректальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД) передміхурової залози (ПЗ) та біопсія передміхурової залози (БПЗ).

Одним з найбільш важливих діагностичних методів є біопсія передміхурової залози, завдяки якому злоякісне захворювання може бути виявлене на ранній стадії, коли можливо проведення радикальної терапії. Завдяки біопсії забезпечується гістологічна верифікація діагнозу, оцінка розповсюдженості пухлини, її розмір, ступінь диференцировки (за шкалою Gleason). Показаннями для призначення біопсії (ПЗ) є рівень ПСА і/або підозрілі ділянки, виявлені під час ПРД. Високий рівень ПСА, виявлений в одному дослідженні, не є прямим показанням до біопсії. Необхідно повторно визначити рівень ПСА через декілька тижнів за допомогою того ж аналізу в стандартних умовах (тобто без еякуляції і без маніпуляцій, таких як катетеризація, цистоскопія або трансуретральна резекція-ТУР, і за відсутності інфекцій сечових шляхів) в тій же діагностичній лабораторії з використанням тих же методів [Eastham JA, Riedel E, Scardino PT, Shike M, Fleisher M, Schatzkin A, Lanza E, Latkany L, Begg CB; Polyp Prevention Trial Study Group. Variation of serum prostate-specific antigen levels: an evaluation of year-to-year fluctuations. JAMA 2003 May 28;289(20):2695–700, Stephan C, Klaas M, Muller C, Schnorr D, Loening SA, Jung K. Interchangeability of measurements of total and free prostate-specific antigen in serum with 5 frequently used assay combinations: an update. Clin Chem 2006 Jan;52(1):59–64] (рівень доказовості 2a) B

залежності від доступу розрізняють трансуретральну, трансректальну, трансперинеальну, трансвезікальну, аспіраційну та відкрити БПЗ.

Вперше БПЗ виконав Young в 1905 році. Це був відкритий спосіб трансперинеального видалення підозрілої ділянки передміхурової залози. Трансперинеальна пункція була запропонована та виконана в 1922 році американським лікарем Bantinger'ом під пальцевим контролем та знеболюванням прокаїном. Запропонована їм методика стала загальною призначеною протягом кількох десятиліть. Трансректальна біопсія запропонована Astraldi в 1937 році, але широке розповсюдження отримала лише після появи транс ректального ультразвукового сканування.

Показанням для проведення БПЗ є підвищення рівня простатичного специфічного антигену (ПСА) більше 4 нг/мл, патологічні зміни, що виявлені при пальцевому ректальному дослідженні (ПРД), наявність гіпоехогенних зон в передміхуровій залозі, що виявлені під час трансректального ультразвукового дослідження (ТУЗД) [Рак предстательной железы. Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов, 2010. С 16-28]

Нині проведення біопсії передміхурової залози під контролем ультразвуку є стандартним методом діагностики. Найбільш поширеним є трансректальний спосіб (ТРБПЗ), але деякі урологи роблять її трансперинеальним доступом (ТПБПЗ). При первинній біопсії забір тканини слід виконувати в периферичних відділах ПЗ як можна більше латерально і ззаду. Додаткові стовпчики треба узяти з передбачуваних уражених ділянок, які визначаються індивідуально в кожному випадку. За допомогою трансперинеального доступу є можливість взяти більше тканини ПЗ з периферійної зони, де РПЗ локалізується у 70% випадків [Eichler K, Hempel S, Wilby J, Myers L, Bachmann LM, Kleijnen J. Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review. J Urol 2006 May;175(5):1605–12].

Секстантная біопсія більше не вважається ефективною. При об'ємі передміхурової залози 30-40 см³ необхідно узяти не менше 8 стовпчиків. Зі збільшенням кількості стовпчиків більше 12 точність аналізу істотно не змінюється [Eichler K, Hempel S, Wilby J, Myers L, Bachmann LM, Kleijnen J. Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review. J Urol 2006 May;175(5):1605–12.] (рівень доказовості 1a).

За результатами Британського дослідження по діагностиці і лікуванню РПЗ була рекомендована 10-точкова біопсія [Donovan J, Hamdy F, Neal D, Peters T, Oliver S, Brindle L, Jewell D, Powell P, Gillatt D, Dedman D, Mills N, Smith M, Noble S, Lane A; ProtecT Study Group. Prostate Testing for Cancer and Treatment (ProtecT) feasibility study. Health Technol Assess 2003;7(14):1–88.] (рівень доказовості 2a). Частота виявлення раку за допомогою перинеальної БПЗ порівнянна з частотою виявлення при трансректальній біопсії. Це підтвердило проспективне рандомізоване дослідження 246 пацієнтів Кавасакської медичної школи, м. Курашикі, Японія. Трансперинеальна біопсія виконана 126 пацієнтам. У 42,1% виявлений РПЗ. Трансректальна біопсія виконана 120 пацієнтам. РПЗ виявлений у 48,3% [Hara R, Jo Y, Fujii T, Kondo N, Yokoyama T, Miyaji Y, Nagai A. Optimal approach for prostate cancer detection as initial biopsy: prospective randomized study comparing transperineal versus transrectal systematic 12-core biopsy. Urology 2008 Feb;71(2):191–5.] (рівень доказовості 1b).

Частота розвитку ускладнень після біопсії невисока [NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer Early Detection V.2.2007. Page: PROSD-A, 3.]. Серед незначних ускладнень зустрічаються такі, як макрогематурія і гематоспермія. Серйозне інфікування після біопсії спостерігались менш ніж в 1% випадків. Згідно з Узгодженими рекомендаціями Національної онкологічної мережі США (Consensus Guidelines NCCN), 2007 ускладненнями БПЗ є гематоспермія 37,4%, кровотеча з уретри або сечового міхура (> 1 доби) 14,5%, лихоманка 0,8%, уросепсис 0,3%, ректальна кровотеча 2,2%, затримка сечовипускання 0,2%, простатит 1%, епідіміїт 0,7% [Moran BJ, Braccioforte MH, Conterato DJ. Re-biopsy of the prostate using a stereotactic transperineal technique. J Urol 2006 Oct;176(4 Pt 1):1376–81.].

Мета дослідження – визначення показань до проведення трансперинеальної БПЗ під пальцевим контролем та удосконалення техніки проведення біопсії. Незважаючи на широке розповсюдження трансректальної БПЗ під контролем ТРУЗД, існують випадки, коли можливо виконати БПЗ тільки під пальцевим контролем. Це і важкий стан хворого, якому необхідно гістологічно підтвердити та стадіювати РПЗ, і наявність резекції або захворювань прямої кишки, що не дозволяє застосувати ректальний датчик, і, звичайно, відсутність апарату УЗД, і

необхідність проведення БПЗ в іншому медичному закладі у хворого вдома. Тому з'явилась необхідність з'ясувати можливості трансперинеальної БПЗ під пальцевим контролем.

Результати дослідження. За період 2004-2014 рр. було обстежено 472 чоловіків у віці від 45 до 83 років з підозрою на РПЗ. БПЗ виконували за допомогою біопсійного пістолету фірми «Bard Magnum», США, голкою № MN1820: 18G*20см, трансперинеальним доступом під місцевою інфільтративною анестезією 40,0 мл 1%-розчину лідокаїну з додаванням цефтріаксону 1,0. Експозиція – 3-5 хвилин до початку маніпуляції.

Інфільтрація анестетиком перипростатичного простору окрім виключення больової імпульсації дозволяє відсунути стінку прямої кишки від поверхні передміхурової залози (ПЗ) та сім'яних пухирців. Щодо підготовки хворого, бажано, але не обов'язкова очисна клізма вранці перед дослідженням. Біоптати отримуються з восьми ділянок по латеральному краю ПЗ (периферичної, центральної зон та основи ПЗ) та окремо з підозрілих ділянок. Хибних проколів не спостерігалось. Проколів стінки прямої кишки не було. Гістологічно РПЗ виявлено у 326(69,07 %) пацієнтів. Доброякісні новоутворення/відсутність раку у 146(30,93%) пацієнтів. Що до ускладнень, то у 13 пацієнтів (2,75%) спостерігалась короткострокова (до 1 доби) гематурія, яка не потребувала ніякої додаткової терапії. Інших ранніх та/або пізніх ускладнень після БПЗ не зареєстровано.

Висновки. БПЗ трансперинеальним доступом має переваги над найбільш поширеним трансректальним доступом. ТПБПЗ завжди проводиться в максимально стерильних умовах, бо шкіра в зоні проколу голкою на промежині обробляється антисептиком, а за межі ПЗ і у просвіт прямої кишки голка не потрапляє. Тому це дослідження має мінімальні ризики інфекційних ускладнень. Цей доступ дозволяє проводити маніпуляцію в амбулаторних умовах, в будь-якому медичному закладі або на дому у хворого, за відсутності апарату УЗД, проводиться під місцевим знеболенням, не потребує ніякої особливої підготовки пацієнта до маніпуляції і подальших призначень після процедури. Під час біопсії майже виключаються хибні проколи, бо голка-троакар вводиться в простату під пальцевим контролем хірурга. При деяких захворюваннях прямої кишки, які ускладнюють застосування ректального датчика, трансперинеальна БПЗ є безальтернативним методом діагностики РПЗ.

ТПБПЗ показана та доцільна для проведення хворим з клінічною підозрою на РПЗ, в яких за даними первинного огляду, пальцевого ректального обстеження, рівня ПСА та додаткових методів обстежень (КТ, МРТ, сканування кісток) є наявні ознаки за місцево-поширеним та метастатичним процесом, та яким виконання радикальної простатектомії є недоцільним і не передбачається.

Наприкінці слід зазначити, що БПЗ є основним способом підтвердження злоякісного новоутворення ПЗ. Ця процедура може бути багаторазово виконана без ускладнень під місцевою анестезією у хворих будь-якого віку та майже з будь-якою супутньою патологією. Перевагу слід віддавати трансперинеальному доступу, як найбільш безпечному та інформативному.

ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВІВ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ ІНФЕКЦІЇ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Молчанов Р.М., Блюсс О.Б., Айрапетова К.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпропетровськ

Інститут жіночого здоров'я. Університетський коледж Лондона., Лондон

Незалежна лабораторія «In Vitro», Дніпропетровськ

Одним з важливих особливостей поверхневого рака сечового міхура є його схильність до рецидивів, рання діагностика і профілактика яких є одним зі складних питань сучасної медицини.

Необхідність прогнозування ризику рецидиву пухлини сечового міхура визначається вибором тактики ведення пацієнтів після хірургічного втручання, яка регламентує проведення ад'ювантних процедур і терміни спостереження. Сучасні системи прогнозування припускають розподіл пацієнтів із поверхневим раком на групи ризику на підставі обліку таких факторів як вік, стать, кількість пухлин, розмір пухлини, частота рецидивів, глибина інвазії, наявність супутнього раку *in situ*, рівня диференціювання пухлини. У той же час вони не враховують факторів, що негативно впливають на стан слизової сечового міхура і сприяють перебудові уротелію сечового міхура, одним з яких є інфекція сечових шляхів (ІСШ).

Мета дослідження – визначити роль супутньої ІСШ в прогнозуванні рецидивів поверхневого раку сечового міхура.

Матеріали і методи. 96 пацієнтів, оперованих з приводу поверхневого раку сечового міхура T_{a-1}N₀M₀, G₁₋₂ спостерігали протягом від 1 до 73 міс (середнє 35,2 міс). Для прогнозування рецидиву пухлини сечового міхура використовували логістичну регресію як один з найбільш поширених методів прогнозу реалізації деякої події за значеннями множини ознак.

Результати. Рецидиви пухлини спостерігали у 36 (38%) осіб, середній час спостереження яких склав 14,7 (1–50 міс.), середній час спостереження 60 хворих без рецидиву – 43,7 (28–73 міс.). Супутню ІСШ діагностовано у 27 (26%) хворих. В результаті попереднього аналізу низки клініко-морфологічних показників встановлено статистичну значущість таких факторів, як «кількість пухлин», «максимальний розмір пухлини», «ступінь бактеріурії». Характеристики змінних, що були розглянуті в окремих один від одного моделях: x_1 - OR=1,28, $p<0,05$; x_2 - OR=0,933, $p<0,01$; x_3 - OR=6,999, $p<0,001$.

Для розглянутих параметрів логістична регресія прийняла вигляд:

$$Y = \frac{1}{1 + \exp(-X)}, \quad \text{де } Y \text{ – «наявність рецидиву»};$$

$$X = -0.8582 + 0.1328 \cdot x_1 - 0.0428 \cdot (x_2 / x_1) + 1.8153 \cdot x_3;$$

x_1, x_2, x_3 – незалежні змінні – «кількість пухлин», «максимальний розмір пухлини» і «ступінь бактеріурії» відповідно.

Площа під ROC-кривою: AUC=0,82 (Рис.1).

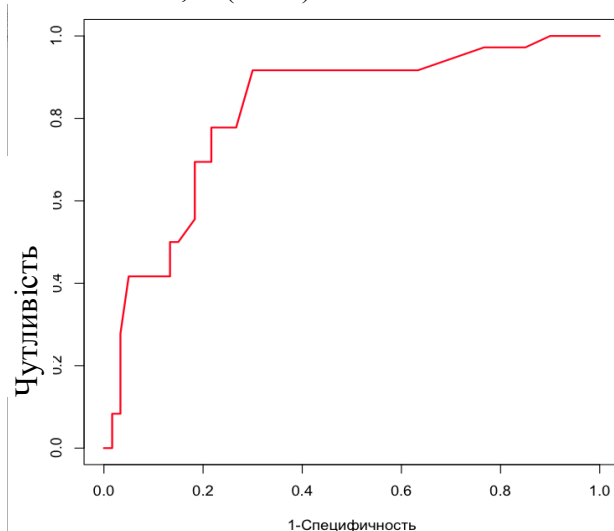


Рис.1. ROC – крива для прогнозування рецидиву в групі хворих на поверхневий рак сечового міхура

Значення специфічності та чутливості для різних значень порога відсічення відображені в табл. 1
Таблиця 1

Значення специфічності та чутливості у хворих на поверхневий рак сечового міхура

Показники	Значення порогу		
	0,118	0,264	0,688
Специфічність	6 из 60	42 из 60	57 из 60
Чутливість	36 из 36	33 из 36	15 из 36

Висновки. 1) Комбінація клініко-гістологічних параметрів «кількість пухлин», «максимальний розмір пухлини», і «ступінь бактеріурії» може бути використана для ефективного прогнозування рецидиву поверхневого раку сечового міхура;

2) Інфекція сечових шляхів (ступінь бактеріурії) є фактором ризику рецидиву в групі поверхневого раку сечового міхура, про що свідчить наявність даного параметра у вирішальному правилі.

Ключові слова: рак, сечовий міхур, інфекція сечових шляхів

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Пасечников С.П., Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Фуксзон А.С., Мех В.А.

Кафедра урологии Национального Медицинского Университета имени А. А. Богомольца, г.Киев

Почечноклеточный рак (ПКР) является третьим по частоте раком мочеполовой системы. До последнего десятилетия стандартом лечения рака почки являлась радикальная нефрэктомия. С развитием современных лучевых методов диагностики появилась возможность все чаще выявлять небольшие опухоли в ранней стадии, что позволило отдать предпочтение резекции почки при небольших размерах опухоли. РП продемонстрировала значительно более благоприятные функциональные результаты при эквивалентных онкологических результатах. Выполнение РП с блокадой почечного кровотока является наиболее безопасным для больного, однако выключение почки из кровотока чревато ранними и поздними осложнениями в послеоперационном периоде для больного. РП без пережатия почечной артерии, так называемая «0 ишемия», является наиболее предпочтительной.

Целью данной работы явился сравнительный анализ отдаленных и функциональных результатов, и качества жизни больных при выполнении резекции почки (РП) с блокадой почечного кровотока и «0 ишемией» при почечноклеточном раке (ПКР).

Материалы и методы

В клинике с 2008 по 2014 г выполнено 35 операций лапароскопической резекции почки. Возраст пациентов от 46 до 70 лет. Опухоли локализовались в нижнем сегменте - 16 (46%), среднем сегменте - 8 (23%), верхнего сегмента - 11 (31%). Размер опухолей от 1,5 см до 6 см.

Первую группу составило 22 (63%) пациентов, которым РП выполняли с пережатием почечной артерии. Вторую группу составило 13 (37%) человек, которым опухоль удалена с «0 ишемией» почки.

Размеры опухоли в первой группе составили от 2,3 до 6 см. У 9 (26 %) пациентов опухоли имели контакт с чашечно-лоханочной системой. Размеры опухоли во второй группе составляли от 1,5 до 4 см. Учитывали длительность операции, длительность ишемии (у пациентов первой группы), объем кровопотери. Функциональное состояние почек оценивали по клубочковой фильтрации и креатинину до операции и после операции через 1, 6 и 18 мес.

При гистологическом исследовании одним из основных аспектов явилось изучение хирургического края удаленного препарата.

Результаты. В первой группедлительность операции от 120 до 300 мин (в среднем $236,93 \pm 20,09$ мин). Длительность ишемии от 12 до 30 мин (в среднем $19,07 \pm 3,28$ мин). Объем кровопотери составил от 40 до 340 мл, в среднем $121,94 \pm 12,83$ мл. У пациентов второй группы длительность операции составила от 70 до 190 мин (в среднем $98,05 \pm 9,06$ мин). Объем кровопотери составил от 22 до 160 мл (в среднем $43,65 \pm 3,60$ мл). Средний уровень креатинина перед операцией в первой группе составил $1,1 \pm 0,09$ мг/дл, а после операции через 1 месяц $1,18 \pm 0,10$, через 6 месяцев $1,16 \pm 0,10$, через 18 месяцев $1,2 \pm 0,10$ ($0,65 - 1,91$) мг/дл. Во второй группе уровень креатинина составил $1,12 \pm 0,07$ мг/дл, а после операции через 1 месяц $1,18 \pm 0,10$, через 6 месяцев $1,17 \pm 0,10$, через 18 месяцев $1,1 \pm 0,10$ ($0,84 - 1,73$) мг/дл. При изучении оценки динамики клубочковой фильтрации в первой группе до операции составило $130,43 \pm 8,24$, через 6 месяцев $101,23 \pm 7,2$, через 18 месяцев $94,16 \pm 1,53$ мл/мин. Во второй группе скорость клубочковой фильтрации до операции составило $132,45 \pm 8,4$, через 6 месяцев $121,25 \pm 8,25$, через 18 месяцев $123,13 \pm 1,73$ мл/мин.

В отдаленные сроки в первой группе наблюдалось снижения скорости клубочковой фильтрации у 3-х больных после операции на 35% в оперированной почке. При гистологическом исследовании все препараты удалены в пределах здоровой паренхимы почки.

Выводы: «0 ишемия» является наиболее предпочтительным методом резекции почки, что позволяет сохранить орган и ее функцию в большем объеме.

УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ.

Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Фуксзон А. С., Роцин Ю. В., Фролов А. С.

Кафедра урологии Национального Медицинского Университета имени А. А. Богомольца, г. Киев

Целью нашей работы являлась оценка влияния пересечения венозно-дорзального комплекса без предварительной перевязки, прошивания либо коагуляции при выполнении радикальной

простатэктомии у больных с локализованными формами рака простаты на качество выполнения операции и функцию удержания мочи.

Материалы и методы: 42 больных после удаления предстательной железы которым выполнялась задняя и передняя анатомическая реконструкция и формирование везикоуретрального анастомоза с использованием нити V-lock. Все они разделены на две группы. В первую вошло 22 пациента которым перед пересечением уретры производилось прошивание венозно-дорзального комплекса, викриловой нитью 3-0. Во вторую группу вошло 20 пациентов, у которых пересечение уретры производилось без предварительного прошивания венозного комплекса. Результаты: В первой группе полное удержание мочи на первые сутки после удаления катетера отмечено у 9 (40,9%) больных, через 3 месяца 15 (68%) больных, в сроке 12 месяцев у 2 (9%) пациентов отмечается частичное недержание мочи легкой степени тяжести (до 2 прокладок в день). У пациентов второй группы полное удержание мочи в первый день после удаления катетера отмечено в 17 (85%) случаях, через 3 месяца все больные удерживают мочу. Выводы: пересечения венозно-дорзального комплекса без предварительного прошивания при выполнении лапароскопической радикальной простатэктомии у больных локализованными формами рака предстательной железы оказывает существенное влияние на сохранение функции удержания мочи, а именно на 45% больше пациентов отмечают полное удержание мочи в ранние сроки, а в поздние сроки на 10% больше больных полностью удерживают мочу. При этом нами не отмечено статистически достоверного увеличения интраоперационной кровопотери ($p > 0,05$), количества позитивных краев и количества биохимических рецидивов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ

Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Роцин Ю. В., Фуксзон А. С., Фролов А. С., Ерошенко И. В., Папина Е. А., Шпак С. А.

Кафедра урологии Национального Медицинского Университета имени А. А. Богомольца, г. Киев,
Центр магнитно-резонансной компьютерной томографии, город Краматорск
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Целью данной статьи явилось изучение особенностей лапароскопической резекции почки, анализ осложнений и опасностей данной операции, изучение отдаленных результатов. Исследование основано на изучении данных о 15 случаях лапароскопической резекции почек по поводу почечно-клеточного рака. Размеры опухоли варьировали в пределах 1,5 – 4,5 см. Опухоли локализовались в области нижнего полюса у 7 (46,6%) пациентов из них у 2 по задней поверхности. У 5 (33,4%) пациентов образования удалены из области среднего сегмента почки, а у 2 (13,2%) – из верхнего полюса. У одной (6,6%) больной опухоль была удалена из области ворот почки. У 2 (13,4%) больных интрапаренхиматозный компонент опухоли составлял менее 25%, у 7 (46,6%) больных - от 25% до 50 %, у 2 (13,4%) - более 50 % от общего объема новообразования. У 2 (13,2%) пациентов опухоли имели контакт с чашечно-лоханочной системой. Диапазон наблюдения за больными составил от 0,5 до 3,6 лет. Канцер-специфическая и без-рецидивная выживаемость оперированных больных на сегодняшний день составила 100 %. Лапароскопическая резекция почки при опухолях размерами до 4 см является современной альтернативой радикальной нефрэктомии. Данная операция легко переносится больным, способствует ранней реабилитации пациента. При освоении операции она сопровождается небольшим количеством осложнений, а время ишемии почки не превышает критического порога.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИЮ УДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Фуксзон А. С., Роцин Ю. В., Литвинов А. И., Криштопа М. В., Фролов А. С., Серняк П. Ю.

Кафедра урологии Национального Медицинского Университета имени А. А. Богомольца, г. Киев

Целью нашей работы являлась оценка влияния послеоперационных осложнений после лапароскопической радикальной простатэктомии (ЛРПЭ) на функцию удержания мочи у больных с локализованными формами рака простаты.

В наше исследование вошло 186 больных. В первую группу вошло 165 больных, где не было отмечено послеоперационных осложнений, во вторую - 21 больной, где отмечены осложнения ближайшего послеоперационного периода, а именно ректомочепузырный свищ (РМС) у 2 (9,5%) больных, несостоятельность швов уретромочепузырного анастомоза 18 (85,7%) больных, травма интрамурального отдела мочеточника 1(4,8%) пациент. Во всех случаях пересечение венозно-дорсального комплекса выполнялось без предварительной коагуляции либо прошивания. В первой группе полное удержание мочи на первые сутки после удаления катетера отмечено у 126 (76,3%) больных, через 3 месяца у 142 (86,1%) больных, в сроке 12 месяцев у 23 (13,9%) пациентов отмечается частичное недержание мочи легкой степени тяжести (до 2 прокладок в день). У пациентов второй группы полное удержание мочи в первый день после удаления катетера отмечено в 16 (76,1%) случаях, через 3 месяца 18 (85,7%), в сроке 12 месяцев все больные удерживают мочу.

Формирование РМС, несостоятельность швов анастомоза после ЛРПЭ увеличивает срок катетеризации мочевого пузыря и нахождения больного в стационаре.

Нами не отмечено статистически значимого влияния послеоперационных осложнений на функцию удержания мочи у больных РПЖ, перенесших ЛРПЭ.

РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Серняк Ю. П., Пасечников С. П., Фуксзон А. С., Роцин Ю. В., Фролов А.С.

Кафедра урологии Национального Медицинского Университета имени А. А. Богомольца, г. Киев

Целью работы является определение показаний к органосохраняющим операциям на основании анализа отдаленных результатов.

Исследование основано на изучении данных о 75 случаях резекции почек по поводу почечно-клеточного рака. Размеры опухоли варьировались в пределах 2-4 см, средний размер 3,5 см. Максимальный срок наблюдения 15 лет, минимальный – 1 месяц, в среднем - 5 лет 9 месяцев. Оценка 5-летней выживаемости производилась по методу Kaplan-Mier. 5-летняя онкологическая выживаемость составила 84,1%. Улучшить результаты лечения больных раком почки методом резекции может позволить правильный выбор пациента, который должен проводиться с учетом комплекса прогностических факторов, среди которых важным является размер опухоли.

ЛОКАЛЬНА ІШЕМІЯ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Стаховський О.Е., Буйвол О.В.

Відділення пластичної та реконструктивної онкоурології, Національний інститут раку, м. Київ,

Вступ. Резекція нирки при нирково-клітинному раку дозволяє зберегти її функцію, знизити ризик виникнення ниркової недостатності та ускладнень зі сторони загального стану здоров'я, при цьому забезпечуючи в цілому хороші показники загальної виживаності, однак характеризується вищою частотою хірургічних ускладнень, у порівнянні з нефректомією

Центральна ішемія нирки під час резекції покращує візуалізацію її структур, що сприяє радикальному видаленню пухлини та проведенню адекватного гемостазу, однак часто призводить до незворотних ультраструктурних змін нирки з подальшим погіршенням або навіть втратою її функції, вторинному зморщуванню та розвитку хронічної ниркової недостатності.

Мета дослідження: оцінити ефективність локальної ішемії при резекції та її вплив на функцію нирки.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 229 хворих на нирково-клітинний рак, яким виконана резекція нирки. Вік хворих склав від 25 до 83 років ($55 \pm 11,2$). Чоловіків було 163 (56%), жінок – 128 (44%). Розміри пухлини коливались від 10 до 208мм ($48,7 \pm 28,3$), при цьому об'єм функціонуючої паренхіми нирки у всіх випадках був більшим 55% і в середньому становив $83,7 \pm 12,2\%$.

Вплив виду ішемії на об'єм крововтрати та функціональний стан нирки було оцінено, порівнюючи дві групи хворих: до першої групи увійшло 107 (46,7%) пацієнтів, у яких оперативне втручання виконане з центральною ішемією тривалістю від 5 до 21хв ($9,9 \pm 3,3$), до другої групи – 122 (53,3%) хворих – з використанням локальної ішемії (Рис. 1).

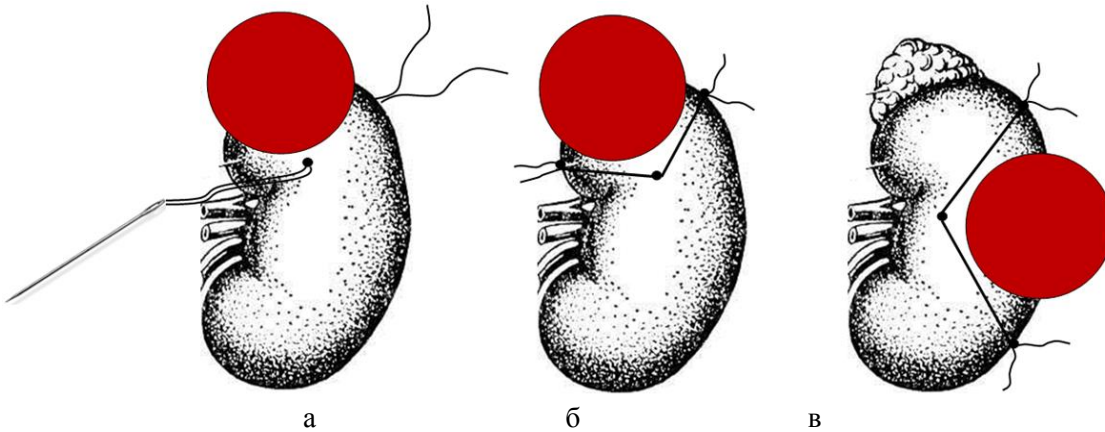


Рис. 1. Спосіб локальної ішемії при резекції нирки: а) проведення двох гемостатичних зйомних лігатур через нирку на здоровий край паренхіми, що прилягає до об'ємного процесу; б) стискання прилеглої паренхіми нирки до об'ємного процесу, який локалізується у верхньому чи нижньому сегменті; в) стискання прилеглої паренхіми нирки до об'ємного процесу, який локалізується по латеральному краю.

Результати. Оперативні втручання виконувались як відкритим, так і лапароскопічним способом. Статистичної різниці як по розміру пухлини ($46,7 \pm 22,9$ та $46,9 \pm 25,6$ мм), об'єму функціонуючої паренхіми нирки ($82,7 \pm 13,2$ та $84,9 \pm 12,3\%$), так і об'єму інтраопераційної крововтрати ($332,9 \pm 126,5$ та $343,1 \pm 230,9$ мл) відповідно в двох групах порівняння не було виявлено ($p > 0,2$), що підтверджувало адекватність виконання локальної ішемії та схожість із показниками при центральній ішемії. Також не було виявлено різниці в кількості інтра- та післяопераційних ускладнень у вигляді кровотечі, гіпертермії чи сечової нориці (9 (8,4%) та 10 (8,2%) випадків відповідно) ($p > 0,9$).

Порівнюючи показники швидкості клубочкової фільтрації на стороні ураження, було виявлено, що, незважаючи на відсутність достовірної різниці показників в доопераційному періоді ($44,2 \pm 11,7$ та $45,6 \pm 13,4$ мл/хв/1,73 м² відповідно), центральна ішемія достовірно знижує її функцію в післяопераційному періоді як через 3 місяці – на 25,9% до показника $33,8 \pm 10,7$, так і через 1 рік – на 28,5% до показника $32,6 \pm 11,9$ ($p < 0,05$). Однак при локальній ішемії через 3 місяці після операції відмічено достовірне зниження показника на 11,5% до рівня $39,1 \pm 10,9$ ($p < 0,05$), проте через 1 рік функція нирки достовірно не відрізнялась ($p > 0,05$) та була близькою до початкових показників і становила $42,3 \pm 9,8$ мл/хв/1,73 м².

Висновок. Даний спосіб локальної ішемії при резекції нирки, незважаючи на вид хірургічного доступу, дає можливість покращити техніку гемостазу, зменшує тривалість та об'єм ішемії нирки, що знижує ризик виникнення порушення її функції в майбутньому.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ФУНКЦІЇ НИРКИ ВІД РОЗМІРУ ПУХЛИНИ

Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Стаховський О.Е., Войленко О.А., Буйвол О.В.

Відділення пластичної та реконструктивної онкоурології, Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Протягом останніх десятиліть кардинально змінилась тактика лікування хворих на пухлину нирки. На зміну нефректомії прийшли органозберігаючі операції, ефективність яких відповідає радикальній нефректомії. Розвиток, впровадження та результати резекції в першу чергу залежать від функції нирки, тому **метою нашого дослідження** була оцінка функціонального стану нирки в залежності від величини пухлини.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 284 хворих у віці 50 – 70 років ($58 \pm 5,1$) із однічною пухлиною нирки. З дослідження були виключені пацієнти із цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою та іншими захворюваннями нирок, які впливали на її функцію. Сироватковий рівень креатиніну в усіх хворих був в межах норми. Розміри пухлини становили від 10 до 214 мм ($61,1 \pm 36,5$). Визначали функцію нирок методом динамічної реносцинтиграфії та обчислювали об'єм функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження за формулою: $RFPV = (1 - [R_4 \times R_5 \times R_6 / 0,96 \times R_1 \times R_2 \times R_3]) \times 100\%$, де R_1, R_2, R_3 – радіус висоти, ширини та товщини нирки; R_4, R_5, R_6 – радіус висоти, ширини та товщини пухлинного ураження нирки; 0,96 – коефіцієнт перерахунку,

що виключає порожнисту систему нирки.

З метою оцінки впливу величини пухлини нирки на її функцію, пацієнтів було розділено на чотири групи згідно стадії захворювання: до першої групи (T1a стадія) увійшло 86 (30,3%) хворих, до другої (T1b) – 97 (34,1%), до третьої (T2a) – 58 (20,4%), до четвертої (T2b) – 43 (15,1%) пацієнти.

Результати. Статистично достовірної різниці в групах порівняння по віку та статі не було виявлено ($p > 0,2$), однак була встановлена обернено-пропорційна залежність функції нирки від величини пухлини: чим більший розмір, тим нижча функція. Показник швидкості клубочкової фільтрації на стороні ураження в першій групі склав $45,6 \pm 10,0$ мл/хв., в другій групі – $41,9 \pm 11,3$ мл/хв., в третій групі – $38,0 \pm 14,9$ мл/хв та в четвертій групі – $27,7 \pm 14,5$ мл/хв. Аналогічно знижувався і об'єм функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження: $91,5 \pm 9,3\%$, $76,7 \pm 11,3\%$, $50,2 \pm 18,9\%$ та $35,3 \pm 24,1\%$ відповідно ($p < 0,01$) (Рис. 1).

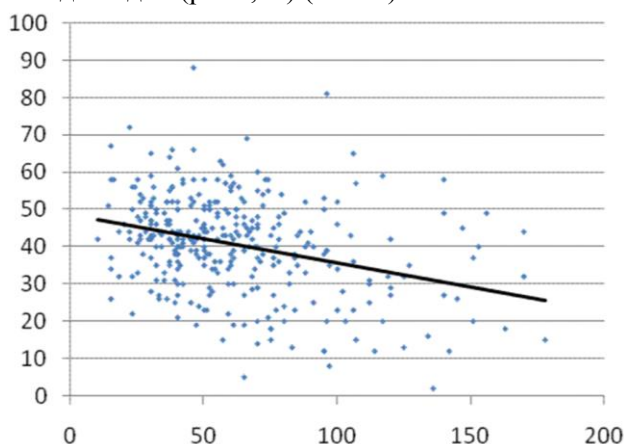


Рис. 1. Кореляційна залежність показника клубочкової фільтрації на стороні ураження від розміру пухлини.

Отримані результати вказували на відсутність впливу пухлини T1 стадії на функціональний стан нирки. Проте із збільшенням величини пухлини більше 7см різко зменшується показник функції нирки та об'єм функціонуючої паренхіми, тому питання виконання резекції нирки в таких випадках залишається дискусійним.

Висновок. Проведений аналіз показав обернено-пропорційну залежність функції нирки та об'єму її функціонуючої паренхіми від величини пухлини. Пухлини T1стадії достовірно не впливають на функцію нирки, що пов'язане із компенсаторними механізмами, однак послідує збільшення розміру пухлини призводить до різкого зниження її функції та зменшення об'єму функціонуючої паренхіми $< 55\%$.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПЛОДОВ КРЫСЫ

Товажнянская В.Д.

Харьковский национальный медицинский университет

Причины, негативно влияющие на течение беременности и родов, столь многообразны, что трудно найти одну, которая не могла бы способствовать нарушению их течения. Самым частым неблагоприятным фактором является гипоксия. Влияние гипоксии на организм плода зависит от длительности и силы воздействия, индивидуальной устойчивости и срока внутриутробного развития. Хроническая внутриутробная гипоксия (ХВГ) плода развивается при недостаточном снабжении плода кислородом в течение длительного периода времени. Причины могут иметь плацентарное, плодовое и материнское происхождение.

Нарушения, вследствие действия гипоксии являются причиной смерти приблизительно 1 млн. детей в мире ежегодно, а также развития множественных последствий, которые ухудшают качество жизни, и способствуют появлению хронических заболеваний различных органов и систем.(Г.И. Губина-Вакулик, А.В. Андреев, 2014)

Примоделировании различных патологических состояний, в том числе и ХВГ, чаще всего используются крысы, что связано со сходством гистологического строения органов крысы и человека, в частности надпочечных желез.

Цель. Изучить морфологические изменения надпочечников плодов крыс, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

Методы. В качестве экспериментальных животных использовали крыс популяции WAG. В ходе эксперимента лабораторные животные были разделены на 2 группы. 1-я группа – контрольная – беременные крысы-самки не подвергались кислородному голоданию, при этом самки выводились из эксперимента на поздних сроках гестации с целью извлечения плодов для дальнейшего исследования. 2-я группа – основная - моделирование хронической внутриутробной гипоксии – беременные крысы-самки на протяжении всей беременности (21 день) подвергались ежедневной высокогорной гипоксии, самки выводились из эксперимента на поздних сроках гестации с извлечением плодов для дальнейшего исследования. Для моделирования высокогорной гипоксии использовали герметичную барокамеру, из которой выкачивали воздух и создавали условия резкого уменьшения атмосферного давления. Беременные крысы ежедневно в одно и то же время помещались в условия, соответствующие подъему на высоту 7500 метров, что соответствовало давлению 287 мм.рт. ст., на 20 минут. Надпочечники крысят исследовали морфологически, используя гистологические и морфометрические методы.

Результаты.

В контрольной группе клубочковая зона хорошо дифференцировалась от пучковой зоны, так как между ними присутствовал слой камбиальных клеток с темным ядром. В клетках клубочковой зоны относительно светлое ядро и эозинофильная цитоплазма. Пучковая зона коры надпочечников достаточно узкая, менее, чем в два раза шире клубочковой зоны. Спонгиозиты пучковой зоны имеют темное ядро и эозинофильную цитоплазму.

В группе контроля основную толщину коры надпочечников составила фетальная кора. В клетках этой зоны небольшое светлое ядро с хорошо просматривающимся ядрышком. У крысят при хронической внутриутробной гипоксии гистологическая структура надпочечников отличалась от таковой у группы контроля.

Клубочковая зона коры надпочечников более рыхлая, при этом ширина зоны и площадь ядер эндокриноцитов достоверно не изменились ($P > 0,05$). Можно предположить, что часть эндокриноцитов погибла путем апоптоза в процессе адаптации к стрессовым условиям.

Пучковая зона надпочечников крысят, выношенных при ХВГ, значительно превышает таковую в группе контроля ($P < 0,01$). Плотность клеток несколько выше, чем у контроля, однако размеры их достоверно не отличаются.

Ширина фетальной коры достоверно уменьшена, в сравнении с группой контроля ($P < 0,01$). Что касается плотности клеток, то в основной группе она несколько выше, однако площадь клетки и ядра ниже, что указывает на понижение морфофункциональной активности фетальной коры надпочечника по сравнению с группой контроля и, очевидно, свидетельствует об ускоренном созревании надпочечника под действием перенесенной хронической внутриутробной гипоксии.

Выводы. В ходе проведенного исследования установлено, что хроническая внутриутробная гипоксия является мощным повреждающим фактором для надпочечных желез плода. Стресс, вызванный влиянием ХВГ, ускоряет созревание надпочечников, истощая, тем самым, адаптационные резервы органа. Выявленные особенности будут полезны в практической деятельности врачей патологоанатомов, неонатологов, эндокринологов.

ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОМ РПЖ - НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ....

Хареба Г.Г., Дубинина А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала», г. Харьков

Среди злокачественных новообразований в Украине рак предстательной железы (РПЖ) занимает 3 место после рака легких и кожи. Длительное бессимптомное или малосимптомное течение, а также отсутствие хорошо функционирующей системы скрининга РПЖ обуславливают тот факт, что в 2013 г., из 7786 новых пациентов 41,6% имели III-IV стадию этого заболевания и

нуждались в паллиативном лечении [Бюллетень Национального канцер-реестра Украины, Киев. - 2013. - № 15 - С. 52-53.].

С тех пор, как в 1941 г. Huggins и Hodges установили, что РПЖ является гормонально-зависимой опухолью, гормонотерапия остается ведущим методом лечения данного заболевания, позволяя существенно отсрочить прогрессирование заболевания, снизить клинические проявления, улучшить качество жизни больных. Объективный ответ на первичную гормональную терапию демонстрируют 80-85% больных метастатическим РПЖ, а биохимический ответ (как показатель эффективности проводимого лечения) достигает 95% [Schellhammer P., 1996].

5-летняя выживаемость при гормонотерапии РПЖ у пациентов без метастазов достигает 60-80%, в то время как при метастатическом РПЖ - не превышает 30%. Учитывая то, что эффект ГТ наступает не сразу, в случаях наличия выраженного диссеминированного РПЖ, для пациента критично важно как можно более быстро получить результат от лечения.

При наличии первичной гормональной резистентности опухоли, химиотерапия становится основным методом лечения и должна быть применена как можно раньше. Одна из теорий гормональной резистентности РПЖ – наличие в первичном клеточном составе опухоли 3-х популяций клеток: андрогензависимых; андрогенчувствительных и андрогеннезависимых – для роста которых не требуются андрогены. Этой теорией можно объяснить случаи первичной неэффективности и короткого ответа на гормональную терапию. Последовательное применение гормональной терапии, а при отсутствии эффекта, химиотерапии (цитостатиков) на данный момент является общепринятой практикой в паллиативном лечении РПЖ.

Учитывая теорию про наличие изначально в ткани РПЖ андрогенчувствительных и андрогенрезистентных клеток, выдвинуто предположение, что использование комбинации различных методов лечения, а именно гормональной + химиотерапии у ранее не леченных больных, может усиливать, продлевать лечебный эффект и улучшать прогноз заболевания за счёт воздействия в самом начале лечения на все типы клеток. Метод первичной химио + гормональной терапии может быть предназначен прежде всего для лечения первичных пациентов с местнораспространенным и диссеминированным РПЖ с плохим прогнозом заболевания, т.е. тех больных, у кого можно ожидать быстрого прогрессирования РПЖ и изначально низкой эффективности ГТ, а именно: сумма Глисона 8 баллов и более, стадия pT3b, pT4, наличие мягкотканых или ≥ 4 костных метастазов.

Методика первичной химио-гормональной терапии предполагает обеспечение снижения уровня тестостерона до посткастрационного уровня, что обеспечивается применением РГ-ЛГ-аналогов либо выполнением билатеральной орхиэктомии, в комбинации с эффективным и желательно малотоксичным химиопрепаратом. В настоящее время FDA для лечения ГР-РПЖ одобрены следующие химиопрепараты: эстрамустина фосфат, митоксантрон, доцетаксел, кабазитацел. В исследованиях, которые проводятся в мире по изучению данной методики лечения, в качестве химиотерапевтической составляющей используется доцетаксел, как препарат демонстрирующий увеличение выживаемости пациентов и одновременно с наличием умеренно выраженных побочных явлений (исследования, TAX327 и SWOG 99-16)

С 2010 г. в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» изучается метод комбинированного химио-гормонального лечения впервые выявленного диссеминированного РПЖ. Промежуточные результаты, основанные на оценке эффективности, переносимости лечения и показателях качества жизни пациентов, свидетельствуют о высокой перспективности данного метода достаточно хорошей переносимости лечения и необходимости дальнейших исследований с более глубоким анализом полученных данных. Побочные эффекты комбинированной терапии во всех случаях не требовали медикаментозной коррекции и внеплановой госпитализации пациентов. Степень токсичности предложенного метода лечения приемлема и не является ограничивающим фактором для его более широкого применения.

Таким образом, анализ биологических факторов, влияющих на развитие гормональной резистентности РПЖ, обусловил необходимость разностороннего подхода к лечению больных раком простаты с высоким риском прогрессирования заболевания. Данная схема лечения становится все более актуальной в мире и сформулированы четкие показания к назначению ХТ+ГТ у больных с впервые выявленным РПЖ. Больные демонстрируют хорошую переносимость терапии, что позволяет рекомендовать продолжать исследования в данном направлении.

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ СЛУЧАЙ ОТДАЛЁННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Хареба Г.Г., Черныш П.Б., Савенков В.И., Картавцев А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харьков

Почечно-клеточный рак (ПКР) составляет 2–3% всех эпителиальных опухолей (European Network of Cancer Registries, 2001). ПКР является наиболее распространенным солидным новообразованием в почках – на него приходится около 90% всех злокачественных опухолей почек.

Одной из характеристик ПКР является его выраженная склонность к метастазированию. Количество больных с гематогенными и лимфогенными метастазами на момент установления диагноза составляет от 25–57 % и у около 50 % больных, перенесших радикальную нефрэктомия, в последующем выявляются метастазы. Особенностью ПКР является то, что рецидив заболевания возможен и через 10 лет после нефрэктомии. Метастазы наблюдаются в 22 % случаев через 5 лет и в 11 % случаев через 10 лет после нефрэктомии (Смирнов И. В., Юдин А. Л., Афанасьева Н. И., 2004).

Наиболее часто ПКР метастазирует в лёгкие, а также (по уменьшению частоты обнаружения метастазов): лимфатические узлы, кости, печень, головной мозг. Также метастазы могут встречаться, но значительно реже, в разнообразных органах и тканях (ухо, нос, гортань, глаз, язык, грудь, диафрагму, желчный пузырь).

Метастатическое поражение мочеточника при ПКР встречается крайне редко. При этом описаны лишь единичный случаи метастазов в культю мочеточника удалённой почки. В литературе опубликовано немногим более 50 случаев таких наблюдений. Однако нами не встречено ни одного клинического наблюдения метастазирования ПКР в контрлатеральный мочеточник здоровой почки спустя длительный период после нефрэктомии. В связи с этим приводим собственное клиническое наблюдение такого метастазирования.

Больной С., 66 лет, поступил в отделение онкологической урологии КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала» urgently с ноющими болями в поясничной области справа и выраженной гематурией. Ранее, в 2006 году, больному была выполнена нефрэктомия слева в связи с наличием опухоли левой почки T₁N₀M₀. По данным компьютерной томографии определялся опухолевый узел в верхнем полюсе левой почки размерами 6,2х5,8х6,3 см, очагов метастазирования выявлено не было. Гистологическое заключение: зернисто-светлоклеточный рак почки.

В настоящее время при поступлении в стационар состояние пациента удовлетворительное. По результатам выполненной КТ сделано заключение: состояние после нефрадреналэктомии слева, признаки неопластического процесса правого мочеточника (7х17 мм) в области перекрестка с подвздошными сосудами. Каликопиелозктазия справа. Данных о наличии метастазов другой локализации нет. КТ представлена на рисунках 1, 2.



Рисунок 1, 2. Метастаз рака левой почки в правый мочеточник.

Пациенту выполнена операция: эндоскопическая лазерная резекция опухоли правого мочеточника. Гистологическое заключение: почечно-клеточный рак, с отсутствием нормальной ткани мочеточника в удалённой ткани. Послеоперационный период протекал без осложнений. Учитывая данные гистологического заключения про инвазивный характер опухоли, принято решение о выполнении радикальной операции. Через 7 дней после эндоскопической операции выполнена резекция правого мочеточника в пределах здоровых тканей с анастомозом конец в конец и стентированием мочеточника. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Заключение. Почечно-клеточный рак обладает крайне высоким метастатическим потенциалом с возможностью появления отдалённых метастазов самой разнообразной и неожиданной локализации в очень отдалённый период времени после радикальных операций. Представленный случай крайне редкого вида метастазирования через 9 лет после операции, подтверждает необходимость длительного и тщательного диспансерного наблюдения за пациентами.

ВЫБОР МЕТОДА ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ

Шамраев С.Н., Генбач И.Д., Васильева В.Д., Носов А.А.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины», г.Киев;

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Красный Лиман

Выбор способа деривации мочи (СДМ) после радикальной цистэктомии (РЦ) является приоритетным вопросом. Данная операция является золотым стандартом лечения многих врожденных и приобретенных органических и функциональных патологий мочевого пузыря (МП). Наиболее распространенными показаниями к РЦ являются гиперрефлексия, экстрофия, рак МП. Ключевым вопросом после РЦ следует считать восстановление пассажа мочи и выбор способа её деривации. От этого этапа будет зависеть качество дальнейшей жизни пациента и такие показатели здоровья, как социальное и психологическое благополучие.

Уже порядка 25 лет в арсенал техник и методов деривации мочи после радикальной цистэктомии вошли способы орто- и гетероцистопластики. Только за XX столетие было предложено более 60 методов ортотопического мочевого пузыря (ОЦП). На данный момент в крупных урологических центрах активно используется около 7-10 методик.

Отсутствие объективного подхода к выбору СДМ является одной из ключевых проблем в онкоурологии. Имеющееся множество наработок и альтернативных методов в данной области хирургических вмешательств создает почву для ситуации, когда хирург руководствуется собственными предпочтениями, опытом и субъективным мнением, а не объективными количественными данными.

Большое количество методов говорит также об отсутствии наиболее оптимального, поэтому вопрос обоснованного и рационального СДМ остается в данный момент открытым.

Цель исследования – произвести сравнительный анализ применения различных методов деривации мочи и обосновать их выбор как группы наиболее предпочтительных способов гетеро- и ортоцистопластики. **Материал и методы.** Истории болезней 31 пациента, которым была выполнена РЦ в клинике урологии ДонНМУ им. М. Горького. Анализированы результаты применения различных СДМ после РЦ. Статистическую обработку проводили с использованием лицензионного пакета STATISTICA 8.0.

Результаты. Все пациенты вошли в три возрастные группы: молодые – 19-45 лет (10%), среднего – 45-59 лет (61%) и пожилого возраста – 60-75 лет (29%). Показаниями к РЦ были низкодифференцированный переходно-клеточный рак МП (90,5%) - мышечно-инвазивная форма в 96% наблюдений, экстрофия МП - 2 (6,5%) и вторично-сморщенный МП – одно (3,0%) наблюдение.

Замечено, что выбирая тот или иной способ отведения мочи после РЦ у молодых пациентов, хирург отдавал предпочтение цистопластике по Studer – 67%. Менее часто встречалась операция по Bricker – 33%. У пациентов среднего возраста преобладали операции по Bricker – 42% и Indiana – 32%. У пожилых пациентов наиболее часто примененный способ деривации мочи являлась УКС с У-У анастомозом – 44%, реже осуществляли методики Studer – 23%, Indiana – 22% и Bricker – 11%.

По СДМ пациенты были разделены на три группы. В группу I вошли 6 (19,3%) пациентов, которым была произведена уретерокутанеостомия (УКС). Группа II составляла 10 пациентов (32,3%), оперированных по методу Bricker. Группа III – 15 пациентов (48,4%) с различными методами

континентных резервуаров и техник ОЦП (Studer – 5 (16,1%), Hautmann – 2 (6,5%); Indiana pouch – 8 (25,8%)). Группы сравнивали по следующим критериям: величина кровопотери, продолжительность операции, виды и частота осложнений (Clavien-Dindo 2007).

Объем кровопотери был самым значительным в группе I и составлял 1988 ± 619 мл, меньшие значения наблюдались в группе II – 1180 ± 164 мл и 1227 ± 460 мл в группе III. Продолжительность операции оказалась наибольшей в группе III и составила 435 ± 63 мин, далее по этому значению шла группа II (358 ± 48 мин) и группа I (281 ± 39 мин). Статистически значимые отличия средних величин наблюдались лишь в сравнении времени операции группы I с группами II и III.

При изучении частоты осложнений определено, что осложнения первой степени преобладали в группе II (30%), реже они встречались в группе I (17%) и в группе III (13%). Осложнения второй степени составляли в группе I – 67% и в группе II – 60%, в группе III они встречались в 47% случаев. Осложнения третьей «B» степени имели место в группе III в 27% наблюдений, реже они встречались в группе I – 16% и в группе II – 10%. Осложнения третьей «A» степени встречались только в группе III, составляя 13%. При сравнении групп по этому критерию каких-либо статистически достоверных отличий выявлено не было. Также не выявлено статистически достоверной связи вероятности возникновения осложнений с выбором конкретного СДМ.

Выводы. Наиболее частое показание к РЦ – низкодифференцированный переходно-клеточный рак МП, чаще мышечно-инвазивный (96%). За исключением длительности вмешательства не выявлено каких-либо других достоверных технических или постоперационных преимуществ операций с использованием неконтинентных СДМ (группа I и группа II) перед ОЦП (группа III). Отсутствует статистически значимая разница в объеме кровопотери, а также частотой возникновения послеоперационных осложнений. По завершению первого этапа операции РЦ, при отсутствии противопоказаний, а также интраоперационных осложнений, выбирая тот или иной СДМ, целесообразно отдавать предпочтение методам ОЦП, учитывая их физиологичность.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИВЕНОЗНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Щукин Д.В., Яковцова И.И., Данилюк С.В., Бабич М.Н., ТОВАЖНЯНСКАЯ В.Д.

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковская медицинская академия последипломного образования

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харьков

Введение. Несмотря на то, что изучение макроскопической внутривенозной инвазии ведется на протяжении почти ста лет, остается множество вопросов, связанных с морфологическими характеристиками опухолевых тромбов и патогенезом их развития. Поэтому анализ различных морфологических параметров внутривенозной части новообразования является актуальным направлением научного поиска. Мы прицельно исследовали морфологические особенности внутривенозных опухолевых тромбов у пациентов со светлоклеточной формой почечно-клеточного рака.

Материал и методы. Для изучения морфологических особенностей ткани опухоли и внутривенозных опухолевых тромбов у больных раком почки нами было проведено гистологическое исследование удаленных новообразований в 51 наблюдении. Характеристики пациентов, опухолей и неопластических тромбов представлены в таблице 1.

Операционный материал подлежал макроскопическому и микроскопическому исследованию с учетом размеров опухолей, характера их роста в просвет венозных сосудов (антеградное проникновение в почечную и нижнюю полую вену, ретроградное распространение в притоки НПВ и левой почечной вены), протяженности и гистологической структуры опухолевых тромбов.

Результаты. Внешне опухолевые тромбы выглядели, как продолговатые образования различной длины и диаметра. Тромбы, ограниченные почечной веной, как-правило полностью заполняли просвет сосуда и повторяли его форму (цилиндрический тип). Интракавальные тромбы в подавляющем большинстве случаев (66,7%) имели конусовидный вид (проксимальная часть тромба имела наибольший диаметр, который уменьшался в дистальном направлении) (Рис 1). В 8 (24,2%) случаях их диаметр оставался одинаковым на всем протяжении (цилиндрический тип), в двух (6,1%) наблюдениях тонкая основная часть интралюминальной опухоли заканчивалась широким булавовидным утолщением (булавовидная форма). У одного (3,0%) пациента имелись несколько булавовидных утолщений дистальной части тромба (гроздевидная форма).

Таблица 1

Характеристики пациентов, опухолей и неопластических тромбов

Исследованные параметры	N/%
Средний возраст, лет	61,3
М/Ж	1,5/1
Сторона поражения	
Правая	29 (56,9%)
Левая	22 (43,1%)
Размеры опухолей	7,4 см (от 3,8 см до 12,3 см)
Уровень распространения тромба	
Почечная вена	18 (35,3%)
Каворенальный сегмент НПВ	8 (15,7%)
Подпеченочный сегмент НПВ	12 (23,5%)
Ретропеченочный сегмент НПВ	11 (21,6%)
Супрадиафрагмальный	2 (3,9%)
Тромб с признаками ретроградного распространения	4 (7,8%)
Инвазия в жир	21 (41,2%)
Отдаленные метастазы	8 (15,7%)
Лимфатические метастазы	3 (5,9%)

В 25 (49,0%) наблюдениях внутривенозные опухоли имели гладкую поверхность и эвакуировались из просвета сосуда без каких-либо проблем, в 10 (19,6%) случаях они имели фибриновые синехии с эндотелием. У 16 (31,4%) пациентов отмечена инвазия новообразования в венозную стенку. Опухолевые тромбы также различались по консистенции. В 8 (15,7%) случаях они характеризовались как "плотные" (не склонные к фрагментации), в 31 (60,8%) - как "умеренно плотные" (фрагментация возможна при физическом усилии) и в 12 (23,5%) - как "мягкие" (склонные к фрагментации при незначительном физическом усилии).

Гистологическое строение внутривенозных опухолевых тромбов в большинстве случаев имело черты основной опухоли. Большая часть клеточных элементов тромба была представлена раковыми клетками, кроме того, в его состав входили сосуды, фибрин и соединительная ткань в различных соотношениях. Грубые фиброзные перегородки обнаруживались в 82,4% наблюдений.

Мы выявили отчетливую пролиферацию эндотелиоцитов сосудистой стенки, располагавшейся непосредственно рядом с поверхностью тромба. Клетки эндотелия как бы напозлали на поверхность тромба, постепенно покрывая ее. Эндотелиоциты на поверхности интралюминальной опухоли были обнаружены во всех наблюдениях. Наряду с этим мы зафиксировали размножение клеток интимы, накопление активированных макрофагов, некротические изменения еще сохранившихся лейкоцитов и проникновение фибропластических элементов в тромб. По мере формирования опухолевых тромбов явления лизиса детрита и выраженная макрофагальная реакция сочетались с врастанием в тромб тяжелей пролиферирующих эндотелиоцитов, которые являются источниками образования кровеносные капилляров.

У подавляющего числа пациентов в зоне прикрепления тромба отмечались процессы реканализации. Этот феномен наблюдался как в почечной, так и в нижней полой вене. Новообразованные сосуды соединялись с vasa vasorum или с просветом вены. В более «зрелых» тромбах в соединительной ткани появлялись щели и каналы, выстланные эндотелием (канализация тромбов), а в 27 случаях (53%) мы выявили дифференцированные сосуды, то есть произошла васкуляризация тромба.

Все опухолевые тромбы демонстрировали высокое содержание матриксной металлопротеиназы, что подтверждалось диффузной выраженной позитивной реакцией клеток светлоклеточного рака с ММР-9.

Металлопротеиназа-9 также выявлялась в эндотелиоцитах опухолевого тромба, очагово в эндотелии почечных вен, а также в лимфоцитах, макрофагах, гистиоцитах инфильтрата зоны инвазии венозной стенки. В единичных случаях была обнаружена сверхэкспрессия матриксной металлопротеиназы-9 в опухолевых узлах - когда окраску воспринимали 100% клеток, как эпителиального, так и лимфогистиоцитарного ряда. Такие наблюдения (2 - 3,9% новообразований)

отличались практически полным отсутствием коллагена IV типа как в опухолевом узле, так и в неопластическом тромбе.

В основной массе опухолей с макроскопической внутривенозной инвазией коллаген выявлялся с ослабленной экспрессией в толще ткани, в зоне базальных мембран капилляров и вновь образованных сосудов опухолевых тромбов. Экспрессия эндотелиального фактора роста показывала противоположные результаты: 92,2% опухолевых узлов и неопластических тромбов относились к структурам с VEGF+ статусом.

Маркер клеток эндотелия CD 31 демонстрировал сеть опухолевых капилляров и достаточную сохранность эндотелиальной выстилки вен. Кроме того, позитивная экспрессия данного антитела в клетках, располагающихся в наружных структурах тромбов подтверждала эндотелизацию их интралюминальной неопластической поверхности.

Таким образом, почечно-клеточный рак с макроскопической внутривенозной инвазией характеризуется MMP-9 +++, CD 31 +/-, Collagen IV +, VEGF +++ статусом.

Заключение. Внутривенные неопластические тромбы состоят из опухолевых клеток, соединительной ткани и фибрина, соотношение которых варьирует у различных пациентов. Их поверхность покрыта отчетливым слоем эндотелиоцитов, что доказано позитивной экспрессией CD 31. В 53% случаев опухолевые тромбы имеют дифференцированные сосуды артериального типа, исходящие из vasa vasorum. Наиболее значимыми показателями инвазивного и метастатического потенциала светлоклеточного почечно-клеточного рака могут служить матриксная металлопротеиназа MMP-9 и фактор роста эндотелия сосудов VEGF: высокое содержание MMP-9 и VEGF выявлено соответственно в 100% и 92,2% наблюдений. Более агрессивный фенотип светлоклеточного рака можно ассоциировать со сверхэкспрессией металлопротеиназы MMP-9. Матриксная металлопротеиназа - 9 играет важную роль в патогенезе внутривенного распространения почечно-клеточного рака

ALGORITHM BASED ON PSA, FREE PSA, DRE RESULTS AND PROSTATE VOLUME INCREASE SPECIFICITY OF PROSTATE CANCER SCREENING.

Bachurin G.V.

Zaporizhzhya State Medical University

Introduction and Objectives: Prostate screening with prostate specific antigen (PSA) is being increasingly applied for early detection of prostate cancer. About 10% of the screened men have an elevated serum PSA, but of these only 30% have prostate cancer. The objective of this study was to reduce the number of false positive PSA results by combined use of several variables.

Material & methods: The study population was extracted from the city and region men screening for prostate cancer. 398 consecutive men with serum PSA of 4-10 µg/L in the initial screening round were included. To predict presence of cancer in prostate biopsies algorithms based on PSA, free PSA, digital rectal examination (DRE) result, and prostate volume were developed using logistic regression (LR) and a multilayer perception (MLP) neural network. Of the patients 70% were used for training and 30% for testing of the algorithms.

Results: At 95% sensitivity the LR and MLP algorithms performed equally well (specificity 26% and 24%) and both were more accurate than the proportion of free PSA (18%, $p < 0,001$). The area under the receiving-operating curve was 0,783 for both LR and MLR algorithms, while it was 0,713 for the proportion of free PSA.

Conclusion: By using diagnostic algorithms based on total PSA, free PSA, DRE results and prostate volume the number of unnecessary prostate biopsies among men with serum PSA 4 – 10 µg/L can be reduced more efficiently than with the proportion of free PSA along.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Антонян И.М., Мегера В.В., Стецишин Р.В., Роцин Ю.В., Геглюк О.Н., Кешишян А.А., Шусь А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала», г. Харьков

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) в урологии признавалась наиболее частым заболеванием у мужчин пожилого и старческого возраста. В статистических отчетах она зачастую фигурирует на первом месте, опережая такую распространенную патологию, каковой является мочекаменная болезнь и связанные с ней осложнения, и в первую очередь, воспалительные процессы.

В настоящее время лучшими радикальными методами лечения аденомы предстательной железы считаются чреспузырная и позадилобковая аденомэктомии, позволяющие полностью удалить гиперплазированную ткань простаты и обеспечить адекватное мочеиспускание, восстановить функциональное состояние детрузора, верхних мочевых путей и почек.

Чаще всего больные с ДГПЖ становятся заложниками эндоуретральной аденомэктомии, которая в отечественной и зарубежной литературе в большинстве случаев именуется как операция Федорова-Фрейера. По исторической справедливости надлобковая чреспузырная аденомэктомия должна носить имена Подреза-Федорова-Фрейера. За рубежом чреспузырная аденомэктомия признается как операция Mc Gill-Fuller-Frejer.

Авторство методики позадилобной аденомэктомии принадлежит нашему соотечественнику А.Т. Лидскому. В зарубежной литературе этой операции присвоено имя Т. Millin. Реконструкция справедливости должна отталкиваться от того неопровержимого факта, что А.Т. Лидский, провел эксперименты на трупах, выполнил впервые в мире аденомэктомию из позадилобного доступа. Эта методика Лидского была опубликована в «Астраханском медицинском журнале» № 10-12 за 1923 год. В 1926 году немецкое издание «Handbuch der Urologie» ссылалось на А.Т. Лидского как автора метода позадилобковой аденомэктомии. Странно, что Т. Millin, напечатавший в журнале «Lancet» (1945, v.2, p.639-696) статью «Retropubic prostatectomy», якобы не ведал о работе А.Т. Лидского. Правда, отличия в их методиках были, и главное отличие состояло в дренировании ложа А.Т. Лидским через промежность, а Т. Millin ушивал капсулу, оставляя уретральный дренаж.

В журнале «Хирургия» (1950, № 1) А.Т. Лидский писал: «В 1909 году в «Zentralblatt fur chirurgie» № 2 появилась небольшая статья Стокума «prostatectomia suprapubica», где он предлагает удалить железу из промежутка между лонными костями и мочевым пузырем. Статья эта не привлекла внимание, так как в методике Стокума был момент, на первый взгляд, сводивший на нет все ее преимущества: операция заканчивалась наложением свища мочевого пузыря. Кроме того, в изложении автора метод выглядел совершенно не обоснованным и не разработанным в нужных деталях». Несмотря на то что Лидский не был детально знаком с этой работой, когда он начал разрабатывать свою методику операции, он признал, что идея операции принадлежит Стокуму.

Среди методов оперативного лечения, претендующих на радикальность, трансуретральной резекции отводится ведущее место. В настоящее время ТУР является «золотым стандартом» лечения ДГПЖ. Метод зарекомендовал себя повсеместно, а в лечебном процессе отдельных стран достигает 80-95%.

Согласно рекомендациям 3-го совещания Международного согласительного комитета по проблеме аденомы ПЖ (1995), определены абсолютные показания к оперативному лечению:

- задержка мочи (невозможность помочиться после хотя бы однократной катетеризации);
- повторная массивная гематурия, связанная с аденомой простаты;
- почечная недостаточность, обусловленная аденомой простаты;
- камни мочевого пузыря;
- повторная инфекция мочевых путей вследствие аденомы простаты;
- большой дивертикул мочевого пузыря (более 20 мл).

К этим показаниям легко присоединить другие осложнения аденомы простаты:

- наличие увеличенной средней доли простаты (более 15 см³);
- расположение устьев мочеточников на узлах;
- выраженная инфравезикальная обструкция (3-5 мл/сек);
- большое количество остаточной мочи (более 100 мл);
- выраженная трабекулярность стенки мочевого пузыря, ложные дивертикулы;

- одно- или двусторонний пузырно-уретральный рефлюкс;
- безуспешное консервативное лечение.

Цель работы – изучить динамику статистических показателей открытых аденомэктомий и трансуретральных резекций простаты

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ оперативного лечения ДГПЖ за 2012-2014 гг. у 954 пациентов. Все случаи разделены на две группы:

1-я группа - 167 пациентов (17,5%), которым выполнялась открытая аденомэктомия, из них 3 больным выполнен 2-й этап аденомэктомии.

2-я группа – 878 (82,5%) пациентов, подвергшихся трансуретральной резекции ДГПЖ.

Возраст больных 1-й группы колебался от 57 до 85 лет (в среднем 71 год), пациенты 2-й группы – от 44 до 87 лет (в среднем 65,5 лет).

Основным показанием для ТУР ДГПЖ являлся объем железы от 20 до 120 см³, тогда как критериями для открытой хирургии были объем железы составлял более 80 см³, а также наличие множественных камней и дивертикулов мочевого пузыря.

При изучении патогистологических заключений были случаи несовпадения с клиническим диагнозом. Так, в 1-й группе выявлено 10 (5,9%) гистологических заключений – рак предстательной железы, во 2-й – 92 (11,6%) случая.

Выводы:

1. Соотношение открытых аденомэктомий к ТУР составил 17,5% и 82,5% соответственно
2. Открытые оперативные вмешательства при ДГПЖ занимают весомое место в лечении данной патологии при определенных показаниях.
3. Проведенный анализ позволяет утверждать, что 2-й этап аденомэктомии в последнее время – исключительно редкий вид оперативного пособия
4. Анализ несовпадения клинического и патогистологического диагнозов составил: при открытых операциях 5,9%, при ТУР – 11,6%.

ДИСТРЕПТАЗА И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОСТРОЙ МОШОНКИ

Бухмин А.В., Россихин В.В., Туренко И.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность: При лечении синдрома «острой мошонки» у детей - однозначно применяется активная оперативная тактика. Однако большинство детей в урологическое отделение поступают на 2-е и более сутки от начала заболевания, когда начинают прогрессировать явления орхоэпидидимита.

Необоснованное консервативное лечение синдрома "острой мошонки", а также позднее поступление ребёнка в стационар приводит к прогрессированию орхоэпидидимита, что является в 25-30% наблюдений причиной мужского бесплодия, так как при этом полости оболочек яичка запаиваются и склерозируются, что неблагоприятно сказывается на функциях органа, из которых наиболее уязвима фертильная, сперматогенная. В этой связи важным является лечение острого орхоэпидидимита в послеоперационном периоде.

Основная проблема современной антибактериальной терапии орхоэпидидимитов - доставка антибактериального препарата к очагу воспаления, в достаточной для эрадикации возбудителя концентрации. Помимо имеющегося гематотестикулярного барьера, в процессе воспаления нарушается кровообращение в яичке, происходит пропотевание белками плазмы стенок посткапилляров и венул, что в свою очередь ведет к нарушению транспорта питательных веществ, метаболитов и кислорода. Ухудшение оксигенации тканей приводит к активации альтеративных и пролиферативных процессов воспаления в яичке, что снижает сперматообразующую и эндокринную функцию яичка. Таким образом, важной задачей комплексного лечения ОЭ, является восстановление адекватного кровообращения, снижение активности процессов альтерации и пролиферации, улучшение лимфатического дренажа, улучшение проницаемости тканей яичка для антибактериальных препаратов.

Цель исследования: оценить эффективность применения энзимотерапии регионального действия в комплексном послеоперационном лечении детей с синдромом острой мошонки.

Материалы и методы: Представлены результаты лечения 32 ребёнка с синдромом острой мошонки и наличием острого орхоэпидидимита. У 3 из них был перекрут яичка, у 29 некроз

гидатиды яичка. Пациенты были разбиты на две группы: 1-я контрольная – 13 пациентов получали стандартную терапию: оперативное лечение, антибактериальную, противовоспалительную терапию, а так же препараты улучшающие микроциркуляцию. 2-я группа – 19 пациентов в дополнение к стандартному лечению получали 2 раза в сутки (7 дней) ректальные свечи дистрептаза.

Препарат - свечи Дистрептаза (комбинированное лекарственное средство, которое содержит два активных компонента: стрептокиназу и стрептодорназу) был выбран в силу следующих факторов: улучшения венозного оттока и лимфатического дренажа, ангиопротекторного эффекта (улучшение микроциркуляции), наличие дополнительной фагоцитарной противовоспалительной активности и, связанным с ней, иммуномодулирующим эффектом.

В ходе исследования эффективность лечения определялась сроками стихания активного воспалительного процесса: нормализация температуры тела, исчезновение гиперемии мошонки, исчезновение отека мошонки, снижение лейкоцитоза в крови ниже $9 \times 10^9/\text{л}$, возвращение размеров и консистенции яичка к нормальным, уменьшение припухлости придатка.

Результаты и обсуждение: Результаты наблюдения представлены в таблице 1.

Из данных, представленных в таблице, видно, что использование свечей Дистрептаза существенно повышает показатели эффективности лечения. Наиболее выражено (почти в два раза по сравнению с контрольной группой) укорачиваются сроки разрешения отека мошонки, возвращения яичка к нормальным размерам и плотности, уменьшения припухлости придатка при использовании свечей Дистрептаза.

Это свидетельствует о важности улучшения микроциркуляции и нормализации венозного и лимфатического оттока для стихания воспалительного процесса, нормализации кровообращения, повышения проникновения в воспаленные ткани антибиотиков и скорейшей эрадикации возбудителя.

Положительное влияние препарата Дистрептаза у детей и подростков в послеоперационном лечении синдрома «острой мошонки» вероятно связано с тем, что энзимы препятствуют адгезии инфекционных агентов и базофилов, обеспечивая противовоспалительный эффект.

Выводы:

Таблица 1.

Эффективность лечения больных с синдромом острой мошонки в различных группах.

Показатели эффективности лечения	Группа 1 (контроль)	Группа 2 + дистрептаза
Количество пациентов	13	19
Нормализация температуры тела (2-3 день)	7 (54%)	15 (79%)
Исчезновение гиперемии мошонки (3-5 день)	10 (77%)	17 (89%)
Снижение лейкоцитоза в крови ниже $9 \times 10^9/\text{л}$ (2-3 день)	8 (62%)	17 (89%)
Исчезновение отека мошонки (3-5 день)	9 (69%)	16 (84%)
Возвращение размеров и консистенции яичка к нормальным (к 7 дню)	6 (46%)	14 (74%)
Уменьшение припухлости придатка	6 (46%)	15 (79%)

1. При синдроме «острой мошонки» и развившемся орхоэпидидимите возникает нарушение кровообращения, являющееся неотъемлемой частью патологического процесса и ведущее к альтеративным и пролиферативным процессам, которые существенно затрудняют проникновение антибактериальных препаратов в яичко.

2. Для эрадикации инфекционного агента и уменьшения процессов воспаления в послеоперационном периоде при синдроме «острой мошонки» целесообразно применение ферментных препаратов.

3. Использование свечей «Дистрептаза» в комплексе комбинированной терапии детям и подросткам с синдромом «острой мошонки» является эффективным.

АНАЛІЗ НАДАВАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОЗПІЗНАНИХ ТА ЗАПІДОЗРЕНИХ ЯТРОГЕННИХ ТРАВМАХ СЕЧОВОДІВ ТА СЕЧОВОГО МІХУРА ПІД ЧАС АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Горовий В.І., Капшук О.М., Кобзін О.Л.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Вступ. Ятрогенні пошкодження сечоводів та сечового міхура під час акушерсько-гінекологічних операцій, за даними літератури, зустрічається у 0,1 - 5% випадків і лише у 10-30% хворих розпізнаються під час операції, значно частіше при пошкодженні сечового міхура. Надання кваліфікованої інтраопераційної допомоги у таких випадках сприяє профілактиці грізних ускладнень, які зустрічаються при нерозпізаному пошкодженні цих органів.

Мета дослідження. Аналіз випадків надання інтраопераційної допомоги при розпізнаних та запідозрених ятрогенних травмах сечоводів та сечового міхура під час акушерсько-гінекологічних операцій.

Матеріали та методи. Проаналізовані рапорти викликів урологів Вінницької обласної лікарні в операційні гінекологічних та акушерських відділень м. Вінниця та області за останні 15 років. Пошкодження сечоводів діагностовано в 36 випадках під час гінекологічних операцій та в 2 - акушерських, ще у 4 випадках виконували ревізію тазових відділів сечоводів до сечового міхура – пошкодження сечоводів не було виявлено.

Частіше всього (у 32 або 84,2% випадках) пошкодження сечоводів відбувалось під час абдомінальної гістеректомії. Інтраопераційно були діагностовані наступні пошкодження сечоводів: двобічна перев'язка у 4 хворих, одностороння – 7; прошивання сечоводу – у 6 хворих; пристінкова перев'язка – 2; вигин сечоводу – 3. Виконали зняття лігатури, розправлення сечоводу, а в 17 випадках – стентування їх.

Часткове пересічення було діагностовано у 7 пацієнток – виконано зашивання стінки сечоводу вікриловими (4-0) швами із встановленням стента (5 випадків) чи уретеральної інтубуючої трубки (2 випадки), яку виводили через сечовий міхур назовні разом із уретральним катетером Фолі (фіксували до нього трубку).

Повне пересічення сечоводу діагностовано у 8 пацієнток: уретеро-уретероанастомоз виконали у 3 хворих, уретероцистонеоанастомоз – 5. Сегментарне висічення сечоводу діагностували у 1 хворої, їй було виконано уретеропієлостомію *in situ* через важкий стан хворої та довготривалу гінекологічну операцію.

Із 27 пошкоджень сечового міхура у 23 хворих була пошкоджена задня стінка під час абдомінальної гістеректомії. Всім хворим виконали позаочеревинний розтин передньої стінки міхура, провели зашивання стінки міхура вікриловими (2-0) швами з боку черевної порожнини під візуальним контролем з боку сечового міхура. У 15 хворих катетеризували сечоводи для профілактики їх пошкодження при зашиванні міхура, із них у 3 - залишали катетрики на 2-3 дні з метою профілактики набряку вічок сечоводів та порушення відтоку сечі із нирки.

Сечовий міхур обов'язково дренивали надлобковим та уретральним дренажами. У 1 жінки була пошкоджена задня стінка сечового міхура при передній кольпорафії.

Виконали інтраопераційну катетеризацію вічок сечоводів за допомогою операційного цистоскопа, трансвагінальне зашивання дефекту із встановленням катетера Фолі. У 3 жінок при кесаревому розтині в нижньому сегменті була розсічена передня стінка сечового міхура, із них в 1 пацієнтки – також і задня із пересіченням сечоводу. Останній хворій виконали уретероцистонеоанастомоз, зашивання та дренивання сечового міхура.

Висновки. Інтраопераційна допомога при розпізнаних пошкодженнях сечоводів та сечового міхура під акушерсько-гінекологічних операцій повинна надаватись урологом, який добре володіє арсеналом відновлюючих пластичних урогінекологічних операцій із урахуванням важкості стану пацієнтки та характеру пошкодження. При пластиці сечоводу та зашиванні пошкодження сечового міхура необхідно використовувати синтетичний матеріал, який розсмоктується тривалий час (вікрил).

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОУРЕТРАЛЬНОЇ ТА ІНТРАВАГІНАЛЬНОЇ
ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ УРЕТРИ ТА М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА
ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

Горовий В.І.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Вступ. Серед усіх видів нетримання сечі у жінок, за даними літератури, частка стресової інконтиненції (нетримання сечі при напруженні) найбільша і складає 49-83%, імперативної – 8-22%, змішаної – 12-29%, на інші види припадає до 5% [1,4,7,10]. Згідно рекомендацій Міжнародної консультації з утримання сечі (ICI, 2013) [11] та Європейської асоціації урологів (EAU, 2015) [9] початкове лікування стресового нетримання сечі (СНС) у жінок без пролапсу тазових органів включає зміну образу життя та харчування (поведінкова терапія), тренування м'язів тазового дна, застосування дулоксетину, фізіотерапевтичні процедури (вправи з конусами, лікування за методом біологічного зворотного зв'язку, електричну стимуляцію м'язів тазового дна та сфінктерного апарату уретри), а також пристрої для утримання сечі. З патофізіологічної точки зору СНС у жінок є порушенням функції сфінктерного апарату уретри та шийки сечового міхура, а також підтримуючих ці органи м'язово - фасціальних структур таза в результаті пологів, хірургічних втручань на органах таза, недостатності естрогенів в організмі жінки у періоді менопаузи, вроджених анатомічних дефектах сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна, важкої фізичної праці та ін. [8]. При цьому виникають порушення іннервації та нейротрофічні зміни в міхурово-уретральних та м'язово-фасціальних підтримуючих структурах тазового дна зі зменшенням їх біоелектричної активності, які спричиняють зниження тону сфінктерного апарату уретри, шийки сечового міхура та м'язів тазового дна. Електростимуляція (ЕС) цих структур є одним із ефективних методів лікування СНС у жінок - покращення та одужання відмічають у 20-80% жінок, особливо у поєднанні з іншими методами лікування [2-4,12,14,15].

Мета дослідження - вивчити ефективність застосуванням ендоуретральної та інтравагінальної електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна в комплексному лікуванні жінок із СНС апаратом „Інтратон-1”.

Матеріали та методи. За останні 23 роки (1992-2014 рр.) в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні первинне (обстеження та лікування виконано перший раз жінці) консервативне лікування з приводу СНС із застосуванням ЕС сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна за допомогою апарата „Інтратон - 1” (електростимулятор урологічний ЕСУР-30-1) проведеного 163 жінкам, із них 102 – використовували ендоуретральну ЕС (I група), 61 – інтравагінальну (II група). Середній вік хворих I групи становив 54,5, II групи – 55,6. Згідно клінічної класифікації А.Н. Тетрадова (1968) [6] стресове нетримання сечі I ступеня (нетримання сечі виникало лише у вертикальному положенні) відмічено у 82 (80,4%) жінок I групи та 48 (78,7%) II групи, СНС II ступеня (нетримання сечі виникало і в горизонтальному положенні) – відповідно у 20 (19,6%) та 13 (21,3%) пацієнток. Відсоток хворих в постменопаузі, із травматичними пологами в анамнезі (розриви шийки матки, промежини), після абдомінальних та трансвагінальних хірургічних втручань у цих групах хворих був приблизно однаковим. Для виключення гіперактивності та гіперчутливості детрузора, імперативного та змішаного нетримання сечі використовували уродинамічну систему Gynecare MoniToTt (Johnson & Johnson). Процедури ендоуретральної та інтравагінальної ЕС проводили жінкам в урологічному кріслі в цистоскопічному кабінеті. При виконанні ендоуретральної ЕС активний електрод (уретральний катетер з поділками на ньому) встановлювали в ділянці міхурово-уретрального сегмента, індіферентний - в ділянці криж. Для профілактики циститу на період ендоуретральної електростимуляції (до 10 днів) призначили пероральні антибіотики чи уроантисептики, а для усунення гіперактивності детрузора один із антимускаринників (дриптан, везикар, сибутін). Для зменшення інвазивності ендоуретральної ЕС та необхідності профілактичного вживання медикаментозних препаратів з 2007 р. застосовуємо інтравагінальну ЕС за допомогою монополярного інтравагінального електрода (деклараційний патент на корисну модель „Спосіб електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна при консервативному лікуванні стресового нетримання сечі", № 32954 від 10.06.2008, бюл. №11). Процедуру ЕС в обох групах жінок проводили на спорожненому сечовому міхурі, щоденно впродовж 20-30 хв., на курс до 10 сеансів. ЕС не проводили при наявності у пацієнток запальних процесів у сечових шляхах та піхві, внутрішніх статевих органах, маткових кровотечах, міоматозних вузлах в матці, у разі злоякісних новоутворень жіночих статевих органів та тяжких порушень серцевого ритму. Жінки обох груп

виконували також вправи за А.Н.Кегел [11]. Для покращення діяльності нервово-м'язових структур сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна призначили нейровітан. Видужанням вважали випадки повного утримання сечі жінкам після проведеного лікування, покращенням - зменшення кількості використаних прокладок на протязі дня.

Статистичну обробку матеріалу в обох групах хворих проводили методом варіаційної статистики з визначенням критерія Стюдента.

Результати. Результати комплексного консервативного лікування жінок із СНС в обох групах представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Результати комплексного лікування жінок із стресовим нетриманням сечі

Вид лікування	Ендоуретральна ЕС шийки сечового міхура у жінок із стресовим нетриманням сечі	Інтравагінальна ЕС сфінктерного апарату уретри у жінок із стресовим нетриманням сечі
Результат лікування		
Одужання	37 (36,3 %)	24 (39,3 %)*
Покращення	51 (50 %)	31 (50,8 %)*
Без змін	14 (13,7 %)	6 (9,8 %)*
Всього	102	31

* $p > 0,1$

При статистичній обробці результатів лікування жінок із СНС у цих групах не виявлено суттєвої різниці. Одужання відмічала щонайменше кожна третя жінка, покращення – кожна друга. Позитивні результати ЕС частіше спостерігали у молодих жінок із нетривалим (1-2 роки) строком захворювання. Випадки одужання зустрічались не лише у жінок із I ст. СНС за А.Н. Тетрадовим (1968) [5], але і з клінічно тяжчим II ст. Початкові супені пролапсу тазових органів (відмічені у 15 або 9,4% у пацієток) не впливали на результати ендоуретральної та інтравагінальної ЕС. Хворим із покращенням рекомендували пройти повторний курс електростимуляції, при відсутності ефекту від консервативного лікування – пропонували хірургічне втручання. Інтравагінальну ЕС жінки переносили комфортніше, випадків кольпіту та подразнення піхви не було відмічено. Досвід застосування ЕС дозволив нам зробити висновок про недоцільність виконання всього курсу ЕС у жінок, у яких відсутній ефект від проведення перших 3-х сеансів: їм одразу пропонуємо хірургічне втручання. У випадках покращення утримання сечі пропонуємо жінкам продовжувати курс лікування самостійно в амбулаторних умовах за допомогою портативного інтравагінального електростимулятора “Елвин - 1”, який був виготовлений вінницькими інженерами із використанням параметрів апарата „Інтрадон-1” [3].

Віддалені результати консервативного лікування оцінені у 46 жінок, які перенесли ендоуретральну ЕС і виписались із відділення з одужанням та покращенням, методом анкетування (25), опитування при повторному зверненні на амбулаторний прийом (10) та при стаціонарному лікуванні (11). Віддаленні результати лікування оцінювались самою хворою за основним симптомом хвороби – можливістю повністю утримувати сечу через зазначені в анкеті проміжки часу після проведеного лікування або ж повернення симптомів СНС у хворих, в яких відмічено покращення від лікування. У більшості жінок (42 із 46 або 91,3%) повернення симптомів СНС відбувалось через 3-6 місяців після лікування.

Висновки. 1. Лікування жінок із СНС необхідно починати з консервативних заходів, незважаючи на ступінь тяжкості захворювання. 2. Консервативна терапія із застосуванням ЕС сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна дозволяє досягти одужання щонайменше у кожній третій жінки, покращити якість життя – у кожній другій, а також провести скринінг кандидатів для хірургічного лікування. 3. Інтравагінальна ЕС при зрівнянні з ендоуретральною є менш інвазивним, високоефективним та безпечним методом лікування жінок із СНС, дає можливість уникнути застосування медикаментозних препаратів для профілактики чи усунення дизуричних симптомів при виконанні ендоуретральної ЕС. 4. Зважаючи на повернення симптомів захворювання у більшості пацієток через 3-6 місяців вважаємо доцільним проведення повторних курсів лікування через зазначений період часу за допомогою портативного інтравагінального електростимулятора “Елвин - 1”.

Література

1. Аполихина И.А., Константинов В.В., Деев А.Д. Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 5. – С. 32–36.
2. Горовий В.І., Головенко В.П., Кобзін О.Л. та ін. Ендоуретральна електростимуляція шийки сечового міхура в комплексному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2004. – №4(40). – С. 52 - 54.

3. Горовий В.І. Можливості консервативної терапії нетримання сечі у жінок без пролапса тазових органів // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. - №3(67). – С. 53 – 60.
4. Переверзев А.С. Клиническая урологинекология. – Харьков: Факт, 2000. – 360 с.
5. Салов П.П. Недержание у девочек и женщин, у мальчиков и мужчин, у пожилых людей. – Новосибирск, 2001. – 128с.
6. Терадов А.Н. Недержание мочи при напряжении у женщин. – Кишинёв: Картя Молдовеняскэ, 1968. – 208с.
7. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. – Lier, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96 p.
8. Koelbl H., Igawa Ty., Salvatore S. et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse // Incontinence / Abrams P. et al. – 5th ed. – Com.4. – ICUD – EAU, 2013. – P. 261 - 360.
9. Lucas M.G., Bedredinova D., Berghmans L.C. et al. Guidelines on urinary incontinence // EAU Guidelines. – 2015. - 75 p.
10. Milson I., Altman D., Cartwright R. et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI) // Incontinence / Abrams P. et al. – 5th ed. - Com.1. - ICUD-EAU, 2013. - P. 15 - 107.
11. Morre K., Dumoulin C., Bradley C. Adult conservative management // Incontinence / Abrams P. et al. – 5th ed. – Com.12. – ICUD – EAU, 2013. – P. 1101 - 1230.
12. Plevnik S., Vadusek D.B., Bryan N.P. et al. Electrical therapy // Clinical urogynaecology / Stanton S.L., Monga A.K. – second ed. – London – Toronto: Churchill Livingstone, 2000. – P. 521 - 540.
13. Sand P.K., Richardson D.A., Staskin D.R. et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter, placebo-controlled trial // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol.173. – P. 72 – 79.
14. Yamanishi T., Yasuda K., Sakakibara R. et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of stress incontinence : on investigational study and a placebo controlled double-blind trial // J. Urol. – 1997. – Vol.158. – P.2127 - 2131.
15. Vodusek D.B., Laycock J. Therapeutic electrical stimulation // Haslam J., Laycock J. Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. – 2-nd edition. – Springer-Verlag Londo Limited, 2008. – P. 121 – 126.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

*Горпинченко И.И., Шамраев С.Н., Волос Л.И., Бабюк И.А., Корниенко А.М., Романюк М.Г.,
Лысенко Н.Н., Ермилов С.Г.*

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»,

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины», г.Киев
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Красный Лиман

Хирургическое лечение болезни Пейрони до настоящего времени остаётся наиболее надёжным и быстрым способом устранения девиации полового члена [5].

Несмотря на значительные успехи реконструктивной хирургии полового члена при болезни Пейрони, анализ отечественных и зарубежных источников литературы свидетельствует о неудовлетворительных результатах хирургического лечения, поскольку осложнения и рецидивы болезни, как и раньше, остаются на достаточно высоком уровне – от 10% до 70% наблюдений [3].

Пролиферация фибробластов эмбрионального типа сопровождается метапластической трансформацией, появлением хондро-и остеобластов эмбрионального типа. Это свидетельствует о постоянном прогрессировании процесса и является прогностически неблагоприятным показателем для назначения консервативной терапии, и, следовательно, основанием для активной хирургической тактики лечения этой категории пациентов [1,7].

Такой же морфологический процесс происходит в прилегающей кавернозной ткани полового члена, что сопровождается эректильной дисфункцией совместно с механическим компонентом, приводящее к ретракции пениса во время эрекции и искривлению [1,4].

Таким образом, основными заданиями хирургического лечения болезни Пейрони является выпрямление полового члена и сохранение достаточной ригидности висячего отдела пениса во время эрекции с возможностью интромаиссии.

Цель исследования: оценить ранние и отдаленные результаты хирургического лечения болезни Пейрони, разработать алгоритм его выбора.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 231 пациента в возрасте от 42 до 81 года. Пациенты оперированы по поводу фибропластической индурации полового члена в клинике урологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базах урологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения и отдела абдоминальной хирургии и политравмы ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины», а также в отделе сексологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины». Материал собран за период с 1997 по 2015 годы. Основным критерием выбора вида хирургического лечения являлись такие показатели, как эректильная деформация, степень укорочения полового члена, эректильная дисфункция, характер течения заболевания.

При деформациях, превышающих 45°, с нормальной эректильной функцией использовалась лоскутная корпоропластика с использованием различных материалов (n=110): по виду хирургической

коррекции пациенты разделены на 4 группы. В 1-ю вошли 30 пациентов, которым выполнена аутодермопластика полового члена по методу Austoni.

30 пациентам 2-й группы выполнена операция, основанная на новой концепции восстановительной хирургии белочной оболочки – выполнение Н-подобного рассечения бляшки и графтинг дефекта биологической матрицей – гетеротрансплантатом «Коллост» [7].

Пяти пациентам, которые вошли в 3 группу, покрытие дефекта проводилось аутовенозным лоскутом *cv.dorsalis penis* (Патент на корисну модель 83843 Україна, МПК (2013.01) A61B 17/00. Спосіб хірургічного лікування хвороби Пейроні / С.М. Шамраєв, С.Г. Єрмілов, Л.І. Волос. – № 2013 06628; заявл. 28.05.2013; опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18.).

При различных деформациях полового члена с сопутствующей эректильной дисфункцией тяжелой степени (4-я группа пациентов, $n=45$) проводилось фаллоэндопротезирование, при показаниях комбинируя его с разными видами корпоропластики.

При пенильных деформациях не больше 45° и нормальной эректильной функции либо при мягких формах эректильной дисфункции выполнялась операция Nesbit или пликация белочной оболочки (пликационная корпоропластика) (5-я группа, $n=121$).

Давность заболевания колебалась от одного года до четырех лет (в среднем $1,4 \pm 0,5$ года). Все пациенты, до хирургического вмешательства, получали консервативное лечение длительностью от 6 месяцев до 2-х лет, которое оказалось неэффективным, при этом, четверо пациентов прошли курс рентгенотерапии полового члена.

У всех больных пальпировалось уплотнение белочной оболочки в виде бляшек разной величины. Степень девиации полового члена варьировала от 35° до 110° . При ультрасонографии у большинства пациентов определялось утолщение белочной оболочки или её кальцификация по дорзальной или латеральной поверхности кавернозных тел пениса размерами от 1×3 см до 2×7 см. В 4 наблюдениях бляшка локализовалась вентрально. Для оценки артериального кровотока кавернозных тел, мы проводили доплерографию полового члена. При этом снижение артериального кровотока ($V_{\max} < 100$ см/с, пенобрехиальный индекс $< 0,7$) отмечено у 45 пациентов, вошедших в 4-ую группу, которым было выполнено эндофаллопротезирование. Следует отметить, что хирургическое лечение с иссечением бляшки и проведением аутодермографтинга мы проводили в 1997-2008 годах. Отдаленные результаты этой хирургической тактики свидетельствуют о том, что адекватная ригидность пениса и возможность интромиссии достигнуты только у 2/3 пациентов. Такие результаты диктовали необходимость разработки нового подхода к технике операции графтинга белочной оболочки. Нами предложены новые способы хирургического лечения фибропластической индурации полового члена, которые приведены ниже.

В 1-ой группе белочную оболочку иссекали на расстоянии 5 мм от края фиброзной бляшки. Во время иссечения бляшек, мы столкнулись с тем, что её размеры оказались в 1,5-2 раза большими, чем размеры участка индурации, установленные при ультразвуковом исследовании. Покрытие дефекта проводили дезэпителизированной аутодермой передней поверхности бедра. Пациентам 2-ой группы выполнялось Н-образное рассечение бляшки по линии максимальной девиации пениса, замещение образовавшегося дефекта белочной оболочки, осуществляли гетеротрансплантатом из биокोलлагенового комплекса "Коллост".

В 3-ей группе пластика дефекта белочной оболочки осуществлялась аутовенозным лоскутом (*v. dorsalis penis*). Выделенные участки *v. dorsalis penis* лигировали, отсекали и вскрывали продольно с дальнейшей консервацией в физиологическом растворе хлористого натрия с добавлением папаверина, гепарина и гентамицина, для дальнейшей подготовки вены в качестве графта белочной оболочки.

При ушивании раны устанавливали два активных дренажа, с дальнейшим их извлечением при достижении дебита отделяемой жидкости меньше 5 мл за сутки. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную, ангиотропную и дезагрегантную терапии. После заживления раны, с целью профилактики воспалительного процесса и нового повреждения трансплантата, на протяжении 3-х месяцев послеоперационного периода ежедневно выполняли ЛОД-терапию, назначали антиоксиданты ингибиторы фосфодиэстеразы. В 1-ой группе дополнительно к лечению назначали кортикостероиды в течение 3-х месяцев. Во 2-ой и 3-ей группах кортикостероиды не использовались.

Отдаленные результаты оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критериями хороших результатов эффективности хирургического лечения были: отсутствие новых фокусов индурации, отсутствие девиации пениса больше 20° , достаточная для интромиссии ригидность пениса без использования вазоактивных средств, отсутствие ранних и отдаленных осложнений (нагноений и некроза кожи пениса, вторичных контрактур его пенильной

части, синдрома холодной головки пениса и/или её некроза, синдрома спрятанного полового члена, синдрома "висячей" головки пениса, эректильной дисфункции).

Предметом морфологического изучения послужили кусочки белочной оболочки и кавернозной ткани полового члена при болезни Пейрони, взятые интраоперационно у 25 больных, находившихся на лечении в отделении урологии ДОКТМО в период 2010-2014 года. Кусочки ткани фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали в парафин по стандартной методике. На ротационном микротоме МПС-2 изготавливали серийные гистологические срезы толщиной 5 ± 1 мкм, которые потом окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, по Вергоффу, по Массону, на фибрин по Шуенинову, толуидиновым синим при pH 2,6 и 5,3, ставили ШИК-реакцию с обработкой контрольных срезов амилазой. Гистологическое исследование проводилось с использованием микроскопа Hund H500 (Германия). Исследование проводилось с применением световой и поляризационной микроскопии. Морфологическое изучение и морфометрический анализ гистологических препаратов проводилось в отделе патоморфологии Центральной научно-исследовательской лаборатории Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Результаты исследования математически обработаны стандартным методом вариационной статистики с определением t-критерия Ст'юдента для парного сравнения (IBM PC/AT истатистический пакет "STADIA").

Результаты и их обсуждение. Период наблюдения за пациентами составил от 9 месяцев до 8 лет. Полная эректильная функция восстановилась на четвертый месяц у (84,2%) пациентов 1-ой группы, у (96,7%) пациентов 2-ой группы, 5 (100%) – 3 группы и 12 (100%) – 4 группы. Осложнения после хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде мы наблюдали у 3 больных первой группы. В одном случае развился некроз головки полового члена, вероятно, вследствие интраоперационного повреждения дорзальной артерии. Один пациент с рубцовой послеоперационной контрактурой полового органа, вследствие некроза кожи, в дальнейшем перенёс скротопластику по Райху. У одного больного заболевание прогрессировало вследствие нового фокуса индукции белочной оболочки. В (15,8%) наблюдениях диагностирован рецидив курваты полового члена. Статистический анализ показал достоверное отличие ($p < 0,05$) отдаленных результатов между 1-ой, 2-ой и 4-ой группами пациентов. Неудовлетворительные функциональные результаты и трудности во время интромиссии отмечались у (14,7%) пациентов 1-ой группы и у одного во 2-ой группе. При последнем осмотре хорошие результаты констатированы у (58,8%) пациентов 1-ой группы, у (96,3%) пациентов 2-ой группы, у 5 (100%) пациентов 3-ей группы и у 100% – 4 группы. Анализируя результаты хирургического лечения внутри 1-ой и 2-ой группы, мы видим достоверное снижение качества ригидности и удовлетворение результатом лечения с увеличением периода наблюдения ($p < 0,05$) в 1-ой группе и отсутствия таких различий во 2-ой группе. Пациенты третьей группы, из-за её малочисленности, в статистическом анализе не участвовали.

При гистологическом исследовании операционного материала были выявлены один или несколько очагов гамартозной соединительной ткани в виде участков пролиферации фибробластов эмбрионального типа с метапластической трансформацией и формированием хондронной и остеонной ткани. Наличие таких морфологических изменений в фиброзной бляшке указывает на дизэмбриогенетический характер патологического процесса, что и определяет болезнь Пейрони (Патент на корисну модель 83842 Україна, МПК G01N 33/483 (2006.01). Спосіб діагностики хвороби Пейроні / С.М. Шамраєв, С.Г. Єрмілов, Л.І. Волос. – № u 2013 06627; заявл. 28.05.2013; опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18). Предложенный способ позволяет повысить точность диагностики болезни Пейрони, что обеспечивает объективность, надежность и адекватность выбора хирургической тактики, отвечающей требованиям современной урологии.

Нами также предложен способ диагностики болезни Пейрони с учетом поляризационно-оптических характеристик коллагена бляшек белочной оболочки, который позволяет повысить точность диагностики болезни Пейрони в гистологических срезах бляшек, что обеспечивает объективность, надежность и адекватность выбора хирургической тактики. Во взятом биоптате фиброзной бляшки полового члена определили структуру коллагеновых волокон гистологического препарата с помощью поляризационно-оптического микроскопа. Дополнительно определили средний коэффициент фенольной реакции на 1 мм^2 бляшки, который составил $1,21 \pm 0,03 - 1,34 \pm 0,04$, что соответствует молодому коллагену и указывает на дизэмбриональный характер патологии и подтверждает наличие болезни Пейрони. В зрелых коллагеновых волокнах средний коэффициент фенольной реакции на 1 мм^2 бляшки был больше 1,5, что соответствовало фиброзу полового члена

другого происхождения (Патент на корисну модель 848699 Україна, МПК G01N 33/483 (2006.01). Спосіб діагностики хвороби Пейроні / С.М. Шамраєв, С.Г. Єрмілов, Л.І. Волос. – № у 2013 06179; заявл. 20.05.2013; опубл. 25.10.2013, Бюл. № 20).

На основании анализа полученных ранних и отдаленных результатов хирургического лечения болезни Пейрони учитывая новую концепцию патоморфогенеза, нами был разработан алгоритм выбора метода хирургического лечения этой категории пациентов, который приведен в таблице 1.

Таблица 1

Выбор метода хирургического лечения болезни Пейрони

Эректильная функция	Площадь рубцовой бляшки (см ²)	V _{арт.} (см/с)	V _{вен.} (см/с)	Метод хирургического лечения
Нарушена	Любая	< 60	>15	Эндофаллопротезирование и графтинг любым материалом
Изменена	> 5	> 109	5-10	Графтинг биоколлагеном «Коллост»
Изменена	< 5	> 109	5-10	Графтинг аутовеной

Выводы.

1. Выбор метода лечения пациентов с фибропластической индукцией полового члена должен проводиться с учетом стадии гиалиноза, степени эректильной дисфункции, размеров и локализации бляшек.

2. Пролиферация фибробластов эмбрионального типа сопровождается метапластичной трансформацией, появлением хондро- и остеобластов эмбрионального типа, что свидетельствует о постоянном прогрессировании процесса и является прогностически неблагоприятным фактором для назначения консервативной терапии, и, соответственно, основой для активной хирургической тактики лечения этой категории пациентов.

3. Диспластические и метапластические изменения в соединительной ткани белочной оболочки носят множественный мелкоочаговый характер, сопровождаются формированием очагов неагрессивного фиброматоза, являются основой для развития новых фиброзных бляшек и, соответственно, ведут к рецидиву болезни, как после консервативной терапии, так и после хирургического лечения; такие структурные изменения обосновывают пересмотр объема хирургических операций при болезни Пейрони и служат объективной основой для расширения зоны иссечения во время операции бляшки и белочной оболочки кавернозных тел. полового члена.

Литература

1. Возианов С.А., Шамраев С.Н., Ермилов С.Г., Шлопов В.Г. Новый взгляд на пато- и морфогенез идиопатической фибропластической индукции полового члена (болезнь Пейрони) // Здоровье мужчины. – 2012. – №2 (41). – С. 11-15.
2. Гервальд В.Я., Климачев В.В., Неймарк А.И. и соавт. Формы повреждения эластических волокон полового члена при эректильной дисфункции // Вестник НГУ. Серия: биология, клиническая медицина. – 2011. – Т. 9, № 2. – С. 151-155.
3. Горпинченко И.И., Романюк М.Г. Коллост – уникальный биопластический материал. Перспективы в андрологии // Здоровье мужчины. – 2009. – №1 (28). – С. 83 - 86.
4. Гурженко Ю.М. Фибропластическая индукция статевого члена. – Київ. – 2004. – 382 с.
5. Карагузин С.К. Современный подход к лечению фибропластической индукции полового члена: автореферат дисс. док. мед. наук 14.01.23 – урология, Москва, 2010. – 36 с.
6. Hauptmann A. Peyronie's disease: diagnostics and therapy 2011/ Hauptmann A., Diemer T., Weidner W. // Urologe A. - 2011. – Vol.50, N5. – P.609-20.
7. Shamrayev S., Babyuk I., Shamrayeva D., Ermilov S. Surgical treatment of Peyronie's disease: plaque incision and corporografting with "Collast" // Program IMORU VI. – 2013. – P. 10.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЛИННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Криворотько В.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет

Так называемые «длинные» стриктуры уретры, по данным авторов XX столетия, считались стриктуры протяженностью более 8 см. Причинами подобных стриктур могут чаще всего воспалительные рубцовые процессы, обширные травмы таза и промежности, перенесенные повторные бужирования, эндоуретротомии, пластики уретры и др.

Мы наблюдаем пациента, котором в связи с воспалительными множественными стриктурами уретры более 30 лет проводились повторные бужирования, которые позволяли обеспечить мочеиспускание и такое качество жизни, которое не являлось основанием для больного обращаться за помощью в специализированные центры. Однако, в последующем, около 3 лет назад, воспалительные осложнения: цистопиелонефрит, уретрит, парауретрит привели к появлению парауретральных абсцессов, а затем к развитию уретропромежностных свищей. По месту жительства

пациенту проводились вскрытия и дренирование абсцессов на фоне бужирования абсцессов тонкими (до №10 по Шарьеру), в том числе нитевидными, бужами установки тонких уретральных катетеров.

Следующим этапом лечения стало наложение эпицистостомы, которая временно обеспечивала санацию абсцессов, однако в последующем повторно образовывались неполные уретропромежностные свищи, и пациент обратился в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» с наличием цистостомы и абсцессами области промежности. По данным уретроцистограммы и компьютерной томограммы уретропромежностный свищ находился в области мембранозного отдела уретры в рубцах.

Произведена санация мочевого пузыря, цистостомического дренажа, области свища и запланировано многоэтапное хирургическое лечение пациента:

- 1) иссечение свища промежности с анастомозирующей пластикой уретры для санации проблемной зоны;
- 2) двухэтапная расширяющая пластика передних, а затем задних отделов уретры с применением аутоканей (фасций либо букальным эпителием)

Выполнен первый этап хирургического пособия, в результате которого удалось полностью иссечь свищ вместе с рубцово-измененными тканями, мобилизовать максимально задние отделы уретры и, несмотря на рубцовое изменение стенок на уретральном катетере № 14 наложить анастомоз между простатическим отделом и остатком бульбозного мобилизованного отдела уретры; произведена рецистостомия.

У больного промежностная рана зажила, пациент выписан с цистостомой для реабилитации. Однако в домашних условиях ему в начале удалили цистостому, а затем и уретральный катетер. Временное значительное улучшившееся самостоятельное мочеиспускание повлияло на решение больного воздержаться от предложенного хирургического лечения - расширяющих пластик. Такой период продолжался недолго: около 3-4 месяцев, после чего у пациента повторно открылся уретропромежностный свищ, при этом больному была восстановлена цистостома и повторно дренирован абсцесс.

Больной обратился в КУОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала» повторно. В этом случае абсцесс распространился от промежности на ягодицу, паховую складку. В таких условиях о пластических операциях на уретре речь уже не велась. Произведено вскрытие и дренирование абсцессов. Задняя уретра была прошита и перевязана для того, чтобы ограничить попадание мочи в ткани проблемной области, а дренирование мочевого пузыря обеспечить с помощью цистостомы.

Но и в этом случае больной не обеспечил последующий достаточно эффективный уход за цистостомой, что привело к рецидиву гнойно-воспалительного процесса в области промежности. При этом длительное нахождение цистостомы и воспалительные процессы в мочевом пузыре постепенно привело к уменьшению его емкости, т.е. развитию интерстициального цистита.

В связи с подобными множественными проблемами, единственным решением является или наружное дренирование верхних мочевых путей, или отведение мочи в кишечный резервуар.

Выводы:

- 1) Длительное консервативное лечение протяженных стриктур уретры неизбежно приводит к гнойным осложнениям
- 2) Хирургическое лечение «длинных» стриктур уретры состоит из нескольких этапов, которые постепенно могут помочь пациентам, однако при отсутствии сотрудничества и единого направления действий могут вызывать ряд тяжелых осложнений.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОМБИНИРОВАННУЮ ТРАВМУ ТАЗА И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Криворотько Ю.В., Истомин А.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

Около 1,5% больных с травмами тазового кольца имеют повреждения мочевых путей: мочевого пузыря, уретры. Так как подобный вид травматических повреждений относится к тяжелым и связан с политравмой, то первичная медицинская помощь оказывается в отделениях политравмы или хирургических травматических, реанимационных отделениях, и направлены на спасение жизни пострадавшего. Затем, в зависимости от механического характера повреждения, степени и формы деформации тазового кольца, сопутствующих повреждений, начинается период восстановления

функций пострадавших систем и органов. В основном, эта проблема решается травматологами, которые привлекают коллег других специальностей, в том числе урологов.

В зависимости от избираемой тактики лечения повреждений таза проводятся либо консервативное лечение с длительной иммобилизацией пациента, либо с операцией с помощью различных хирургических и инструментальных методик сопоставлений отломков, исправлений деформаций тазового кольца с помощью наружных или накладываемых непосредственно на костные структуры систем для остеофиксации.

При этом реабилитацию пациента травматологи условно делят на 3 периода:

- 1) иммобилизирующий, который при консервативном лечении может длиться от 8 до 10 недель, а в случае хирургических методов сокращается до 4-6 недель; урологическая помощь в это время чаще всего ограничивается дренированием мочевых путей и урогематом и должно быть сосредоточено на последующем восстановлении целостности нижних мочевых путей, купированием инфекций, цистопиелонефрита и др.
- 2) период начальной активности, который длится еще 1,5-4 недели; в это время пациент готовится к пластической операции на уретре, избавляется от инфекции мочевых путей;
- 3) период восстановления функций нижних конечностей, навыков ходьбы и трудоспособности, который длится до окончательной реабилитации.

Однако при сочетанных повреждениях костей таза и мочеполовых органов реабилитация не заканчивается после того, как пациент начинает достаточно хорошо ходить.

Мы выделяем и 4-й период реабилитации, который должен включать восстановления функции мочеполовой системы. Прежде всего это проблемы, связанные с восстановлением мочеиспускания при посттравматических стриктурах. Это и бужирование и эндоуретротомии, и пластики уретры – как анастомозирующая, так и расширяющая.

В ряде случаев при существенном диастазе костей таза отмечается и недержание мочи, чаще всего полное. Тогда выполняются хирургические вмешательства с фиксацией слинга или установкой искусственного сфинктера уретры.

Нередкие случаи эректильной дисфункции связаны как с сосудистыми проблемами, так и посттравматическим повреждением полового нерва. Выяснение причин эректильной дисфункции, в том числе с применением доплерографии, стимуляции нервов, вакуум-методик, позволяет помочь выбрать методы лечения: от применения силденафила до эндофаллопротезирования.

Выводы:

1. Сочетанные повреждения костей таза и мочеполовых органов относятся к тяжелым травмам
2. Реабилитация больных с данной патологией должны быть комплексной
3. Дополнительная реабилитация больных с травмами таза включает восстановление мочеиспускания и половой активности, что существенно влияет на последующее качество жизни пациентов.

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНКРУСТАЦИИ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Кузнецов В.В., Полегенько С.М., Тищенко А.В., Янчуков А.В. Кузнецов В.В.

1 городская больница им. Н.И.Пирогова. г. Севастополь.

Дренирование верхних мочевых путей (ВМП) с помощью стентов является одной из важнейших составляющих в лечении обструктивных состояний в урологических клиниках. Мочеточниковые стенты все чаще используются в лечебной практике.

В настоящее время существует множество видов внутренних стентов изготовленных из разнообразных материалов с применением новейших технологий. Однако это не гарантирует их безопасного длительного использования, так как развивается такое нежелательное осложнение как инкрустация стента – покрытие поверхности и просвета стента отложением солей и формированием конкрементов на нем. В результате этого могут возникнуть сложности при удалении, а порой удалить стент без дополнительных вмешательств не представляется возможным.

Целью исследования было определение частоты и времени возникновения инкрустации внутреннего стента, а также возможности профилактики связанных с ней осложнений.

Материалы и методы.

В урологическом отделении 1 городской больницы Севастополя в течение 2010-2014 годов выполнено 217 дренирований ВМП с помощью внутренних стентов № 5 -7 Шр. Достаточно часто стенты устанавливаются на длительный срок. Или это требуют обстоятельства течения болезни, или пациент не соблюдает рекомендованные сроки. В исследование были включены 53 пациента с длительным, более 2 месяцев установленным стентом. Дренирование им проводилось по поводу следующих состояний: технически сложных дистанционной литотрипсии (ДЛТ) или контактной литотрипсии (КЛТ) - 29, ятрогенных травм мочеточника - 6, невозможности выполнения оперативного лечения по поводу МКБ при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний - 18. Средний возраст пациентов составил у женщин $43,9 \pm 8,7$ лет и мужчин $48,93 \pm 5,6$ лет. Длительность дренирования зависела от тяжести состояния, степени восстановления функции почки и в среднем составили $82,9 \pm 12$ дней.

Пациенты были разделены на две группы. Первая, исследуемая, состояла из 32 пациентов. После постановки стента в ней проводилась постоянная терапия растительными препаратами, назначались фитопрепараты содержащие терпены (роватинекс по 1 таб х 3 раза в течение месяца), обладающие нефролитолитическим, спазмолитическим и диуретическим действием. По истечению месяца подбирался аналогичный по действию препарат. Через 2 месяца курс препаратом роватинекс повторялся. Вторая, группа сравнения, представленная 21 больными, которым на протяжении всего периода проводилась стандартная поддерживающая антибактериальная терапия, активный питьевой режим и сборы мочегонных трав.

Результаты.

Статистических различий по возрасту, течению заболевания по группам обнаружено не было. Полученные клинические и лабораторные данные свидетельствовали о положительной динамике после дренирования ВМП стентом. Однако, при удалении стентов у 15 (71,4%) пациентов второй группы через 10-12 недель наблюдались обширные отложения солей на поверхности дренажа, по всей длине стента наблюдалось формирование камня. У 3 (14,3%) пациентов извлечь стент не представлялось возможным. Одному больному была выполнена ДЛТ, двум удалось провести по мочеточнику уретерореноскоп до камня и выполнить КЛТ и лишь затем удаление стента. Инкрустация стентов в исследуемой группе наблюдалась только у 9 (28,1%) пациентов, а затруднений с удалением не было.

Имея оптимальное время этиологии стентов *değişmektedir*. 3 между зависимыми и 2-4 месяцев

Выводы.

Мочеточниковый стент является малотравматичным и удобным способом длительного дренирования ВМП. Своевременный систематический контроль за пациентом, соблюдение оптимальных сроков дренирования до 10-12 недель, а также использование фитопрепаратов, содержащих терпены (роватинекс) позволяет снизить инкрустацию дренажей. Более длительное оставление стента чревато высоким риском инкрустации и развитием нежелательных побочных эффектов. При этом внутренний стент обеспечивает достаточно высокое качество жизни.

ВАРИАНТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА

Любчак А.М., Гребенюк Р.П., Любчак М.А.

Больница скорой медицинской помощи «INTO-SANA»,
отделение урологии и гинекологии, г.Одесса

Введение. Производные уrogenитального синуса (лоханки, мочеточники, мочевого пузыря, предстательная и мембранозная части уретры) поражают разнообразием аномалий. Наиболее ярко это отражено дисгенезом почек и мочеточников в виде нарушения их структуры, количества и расположения. Аномалии развития кавернозных тел и головки полового члена, формирующегося из полового бугорка, мочеиспускательного канала происходящего из половых складок, охватывающих мочеполовой синус и мошонки из половых валиков также имеют примеры нарушения эмбриогенеза (3). В уrogenитальный синус выходят Вольфов и Мюллеров протоки. Мезонефральные (вольфовы) протоки у плода мужского пола формируют семенные пути, а Мюллеров проток в процессе эмбрионального развития мальчика от 7-8 нед и до пубертатного периода, регрессирует под влиянием гормона - антимюллерового фактора - или *AMH* – (*antiMullerian hormone*, *MIS* - *Mullerian Inhibiting Substance*), продуцируемого клетками Сертоли и являющегося ключевым гормоном при

дифференцировке пола по мужскому типу (1,4,5). Эмбриогенез семявыбрасывающего протока (дистальной части Вольфова протока) и дисгенез Мюллерова протока нередко завершается образованием срединной кисты семявыбрасывающего протока и кисты предстательной маточки или Мюллерового протока, которые сложно различить (2). По заключению современных иммуногистохимических исследований группы авторов, мужская маточка (prostatic utricle) является не производным мюллеровых протоков, а формируется из дорсальной стенки урогенитального синуса в тот период, когда каудально мюллеровы протоки уже регрессированы (7). Наиболее сложными в лечении являются сочетания нескольких видов аномалий развития урогенитального синуса и мезонефральных протоков. Они являются причиной развития не только нарушения мочеиспускания, но и обструкции срединной кистой семявыбрасывающих протоков – обструктивной азооспермии. При этом может отмечаться полиморфизм гормональных показателей. Если сложности лечебного процесса гипоспадий и эписпадий, склероза шейки мочевого пузыря достаточно известны, то по отношению к кистам предстательной железы отношение неоднозначное. Кисты предстательной железы подвергаются хирургическому лечению в случае синдрома хронической тазовой боли, нарушения мочеиспускания или при абсцедировании. Обструкция кистой устьев семявыбрасывающих протоков, как причина обструктивной азооспермии, устраняется методом трансуретральной резекции семявыносящего протока (TURED). Этот метод имеет ряд недостатков – разрушение семенного бугорка с утратой оргастических ощущений, риск повреждения прямой кишки, стеноз устьев протоков(6).

Цель исследования. Диагностика и совершенствование методов лечения аномалий развития уретры и предстательной железы, играющих роль в развитии нарушения мочеиспускания, инфравезикальной обструкции и обструктивной азооспермии – бесплодия.

Материал и методы. За 2011-2013 г.г. в урологическом отделе ИПХ «VIRTUS» и 2014-2015г.г.в отделении урологии и гинекологии больницы скорой медицинской помощи «INTO-SANA» проведено обследование и лечение 5 пациентов с аномалиями урогенитального синуса. По возрасту больные распределились: 20-25 лет-3 человека, 28-40 лет -2 пациента. Длительность болезни составляла от 5 до 23 лет.

Общеклинические анализы, анализы крови на половые гормоны выполнены у всех пациентов. Исследование кариотипа проведено у 3-х пациентов. Анализ крови на антимюллеров гормонов в сыворотке крови выполнен у 2-х человек. У всех больных выполнен бактериологический анализ мочи. У двоих пациентов проведен ПЦР-анализ эякулята на ИППП и его бактериологический анализ. ЭКГ, Р-графия органов грудной клетки, УЗ-Допплер-исследование вен нижних конечностей и урофлоуметрия проведены всем 5 пациентам. Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ) и магнито-резонансная томография предстательной железы и малого таза (ЯМРТ) позволяет обнаружить кистозные образования в предстательной железе. Данные методы исследования проведены 3 пациентам. Двоим больным проведены ретроградная и антеградная уретрографии и компьютерная томография (КТГ) мочевого пузыря и турецкого седла проведено 2 пациентам. Оперативное лечение проводилось под комбинированной анестезией. Уретроскопия проводилась с использованием уретроскопов фирм Рудольф 21 Ch и К.Шторц 17 Ch (Германия) с оптикой в 0 и 30 град. Перед вскрытием кисты простаты в нее инъекционно под ТРУЗ – контролем вводили 0,2-0,3 мл стерильного 1% водного раствора метиленового синего. У троих пациентов выполнялся интраоперационный ТРУЗ- контроль положения инструментов в зоне простаты. Вскрытие кист проводили трансуретрально гольмиевым лазером «Dornier Medilas H 20» в режиме 8-10 Гц, 800 мДж. У одного пациента выполнена механическая цистолитотрипсия и монополярная ТУР склерозированной шейки мочевого пузыря с использованием цистолитотриптора и резектоскопа К.Шторц 26 Ch. Реконструкция уретры у 2-х больных проводилась с использованием букальных трансплантатов и полнослойного васкуляризованного островкового лоскута кожи ствола полового члена по методу Оранди. У одного пациента ушивание свища стволового отдела кожной неоуретры проведено с использованием местных тканей в модификации метода устранения уретро-вагинального свища по Р.Х. Галееву. При уретропластике использовался шовный материал -монокрил 4-3\0, викрил 4\0.Рана кожи ушивалась викрил-рапидом 2\0. Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности выделенной микрофлоры. Использовались цефтазидим 1,0х2р, амикацин 1,0х2р, левофлоксацин 0,5-1р, метронидазол 0,5х3р в\в в комбинациях на протяжении курса стационарного лечения. Нахождение в стационаре- от 2 до 4 дней. При лечении в амбулаторном режиме -прием левофлоксацина 0,5 или цефотрама 0,4 1раз\день - 5 дней. Трансуретральное дренирование мочевого

пузыря 2-х ходовым катетером Фолея 18 Ch у 2 пациентов проводилось в течение 24 ч и у 3-х - 16 дней.

Результаты исследований. Общеклинические и биохимические анализы крови у всех пациентов отклонений от нормы не выявили. Лейкоцитурия до 20- 45 лейкоцитов выявлена у 3-х пациентов с патологией уретры. Микробиологический анализ мочи у 2-х из них выявил- кишечную палочку 10х5. У третьего -кишечную палочку 10х5 и энтерококк 10х4. Во всех случаях микрофлора чувствительна к цефалоспорином, амикацину, фторхинолонам.

Три пациента с аномалией полового члена и уретры раньше были оперированы в других клиниках.

Одному из них в возрасте 1.5 лет выполнена - операция по низведению обоих яичек и уретропластика мошоночной гипоспадии. Половой член уменьшен- микропенис, яички средним размером 31х23 мм. В 2014г. - для увеличения длины полового члена выполнена лигаментотомия, осложнившаяся образованием свища пенис-скротального отдела кожной неоуретры. Установлена троакарная эпицистостома. Кариотип 46 XY. В анализе крови отмечено повышение ЛГ -13,4 мМЕ/мл, ФСГ 16.1 мМЕ/мл, пролактин 22,8 нг/мл (№ 15.2) и эстрадиола 42,6 пг/мл. Уровень тестостерона - 26.57 нмоль/л, не коррелировал с уровнем пролактина, ФСГ и эстрадиола и указывал на дисгормональное состояние. Произведена уретроскопия для определения состояния кожной неоуретры и свищ был ушит с использованием тканей кожной неоуретры и полового члена. Через 2 нед. были удалены уретральный и надлобковый дренажи. Восстановлено самостоятельное мочеиспускание. По данным антеградной цистоуретрографии просвет уретры хороший. Продолжает гормональное лечение. СОСМ 14 мл/сек.

Второй пациент был оперирован 8 раз. Проведены уретропластики пенисскротальной гипоспадии, дважды низведение правого яичка, ревизия брюшной полости и удаление яичка ввиду овотестиса. Кариотип 45 X del Y. Показатели ФСГ, ССГ, эстрадиола незначительно повышены, уровень тестостерона 9.57 нмоль/л. По результатам ТРУЗИ, ЯМРТ и КТГ малого таза выявлена киста правой доли простаты 88х31х37мм с толщиной стенки 2 мм. На границе простатической части уретры нечетко определялся тонкий ход толщиной до 1,5 мм, связывающий образование с уретрой. Семенной пузырек справа 12х8 мм, слева- не дифференцировался. Проведенные ретроградная и антеградная уретрографии выявили стеноз пенильной неоуретры и рефлюкс контраста из уретры в кистозную полость правой доли предстательной железы. Выполнено рассечение узкого хода гольмиевым лазером под визуальным и ТРУЗ-контролем. Устранение стриктуры уретры, как причины рефлюкса, завершено иссечением рубцовой кожной неоуретры с одномоментной уретропластикой. Дорзально on-lay расположенный трансплантат слизистой щеки был вентрально покрыт васкуляризированным островковым кожным лоскутом по Оранди. Через 6 мес. после операции кистозной полости не выявлено, правая доля предстательной железы отсутствует. СОСМ 13 мл/сек.

Третьему пациенту в 1994г-1996г проведены этапные уретропластики мошоночной гипоспадии. В 2000г. из-за облитерации стволовой части уретры, выполнена уретроперинеостома. В 2006-м году диагностирован нейрогенный мочевого пузырь, 2-х сторонний крипторхизм, левосторонний уретерогидронефроз. В 2011 г. выполнена эпицистостома. В анализе крови отмечено, повышение ССГ-58,87 нмоль/л, ЛГ-12,4 мМЕ/мл, холестерина и ЛПНП. Кариотипирование 46, XY. При проведении уретрографий выявлен стеноз уретроперинеостомы, сужение и девиация шейки мочевого пузыря, неполное опорожнение мочевого пузыря, левосторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Выполнено иссечение уретроперинеостомы, уретроскопия, в ходе которой выявлен стеноз и склероз шейки мочевого пузыря, трабекулярность стенки и камни мочевого пузыря. Произведена цистолитотрипсия и ТУР шейки мочевого пузыря. После этого произведена одномоментная уретропластика: мочева дорожка из дорзально on-lay расположенных 2 трансплантатов слизистой щек была вентрально покрыта васкуляризированным островковым кожным лоскутом по Оранди. Через 2 недели выполненная после удаления дренажей уретрография демонстрировала хорошее состояние уретры, полное опорожнение мочевого пузыря и отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса. СОСМ -13 мл/сек.

Поводом к хирургическому лечению срединных кист простаты (кисты мюллерового протока и утрикулярной кисты) был болевой синдром. В первом случае пациент знал о кисте предстательной железы 8 лет. В браке, 2 детей. С 2013г. прогрессировала боль в паховых областях и области мочевого пузыря, императивность мочеиспускания. По результатам анализов крови отмечено колебание уровня эстрадиола 15.8 - 56,46 пг/мл, повышен антимюллеров гормон 12.1 нг/мл (при норме 0,49-5,98). В анализе эякулята азооспермия, хотя в 2013г спермограмма была без патологии.

По данным ЯМРТ размеры кисты - 13 x 7 мм, семенные пузырьки увеличены- 39x16 и 43x20 мм, что расценено как явления обструкции семявыносящих протоков. По результатам анализа ПЦР семенной жидкости на ИППП и микробиологического анализа инфекций не выявлено. Урофлоуметрия - без нарушений. Второй пациент знал о наличии срединной кисты предстательной железы 5 лет, и также страдал от болевого синдрома. По этой причине была выполнена операция Иванисевича, однако боль не устранена. Кроме повышения уровня антимюллерового гормона - 11.2 нг\мл (при норме 0,49-5,98) гормональных отклонений не выявлено. По результату спермограммы количество эякулята - 3.9 мл, в 1мл - 41.8 млн. сперматозоидов, активно-подвижных 10%, подвижных 15%, живые 48%, мертвые 52%, с нормальной морфологией 72%. По данным ЯМРТ размеры кисты-0,9 см, расширены семенные пузырьки- правый 34 x 16 мм, левый 37 x 19 мм. Анализ методом ПЦР семенной жидкости на ИППП также инфекций не выявил, но микробиологический анализ эякулята выявил клебсиелу пневмония, чувствительную к амикацину, меропенему, тобрамицину, хлорамфениколу, фторхинолонам. В секрете простаты у обоих пациентов выявлено 15-30 лейкоцитов. Отсутствие эффекта от консервативной терапии стало необходимостью проведения операции.

У данных 2 пациентов в ходе уретроскопии под ТРУЗ – контролем выше семенного бугорка гольмиевым лазером проводилось продольное рассечение в 1 см стенки уретры и стенки кисты - лазерная марсупиализация кисты. Выход из полости кисты метиленового синего (введенного до рассечения) и мутного белково-содержащего секрета при массаже семенных пузырьков под визуальным контролем свидетельствовал об дренировании кисты и проходимости семявыбрасывающих протоков. Полость кисты осматривалась эндоскопически. Кровотечений не было. Продолжительность операции в среднем составила 90 мин. Половая жизнь восстановлена через 2 недели. У обоих пациентов исчезли болевые ощущения и дизурия, нарушения оргазма нет. У пациента с дооперационной аспермией в 1 мл эякулята выявлено 120 млн сперматозоидов. СОСМ 15-16 мл\сек. Через 2 мес. при ТРУЗИ простаты имелись небольшие полости кист. Нормализация размеров семенных пузырьков, вероятно, устранила раздражение мочевого пузыря, как причину болей и императивности.

Выводы.

1. Обнаруженная аномалия развития уrogenитального синуса или Вольфова протока является показанием к проведению углубленного обследования.
2. Сочетание нескольких видов аномалий требует проведения комбинированного лечения.
3. Использование метода трансуретрального лазерного рассечения кисты (марсупиализация) кисты, является малотравматичным методом лечения срединных кист предстательной железы и обструктивной азооспермии с сохранением семенного бугорка и оргазма.
4. **Литература**
5. Аномалии развития органов женской репродуктивной системы: новый взгляд на морфогенез Л.В. АДАМЯН, Л.Ф. КУРИЛО, Т.М. ГЛЫБИНА, А.Б. ОКУЛОВ, З.Н. МАКИЯН Проблемы репродукции 2009 №4 10- 19
6. Бондаренко С.В., Тарусин Д.И. Поражения семявыносящих путей у детей и подростков. АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ / № 1 — 2005 6-17
7. Руководство по андрологии под ред. О.Л.Тиктинского.Л.Медицина1990г. С.30-33
8. Черных В.Б., Курило Л.Ф. Синдром персистенции Мюллеровых протоков (обзор литературы). "Проблемы репродукции" 2001 год №4 С.20-24
9. Anti-Mullerian hormone and testosterone serum levels are inversely related during normal and precocious pubertal development. Rey R., Lordereau-Richard I., Carel J.C., Barbec P., Cate R.L., Roger M., Chaussain J.L., Josso N. \J Clin Endocrinol Metab 1993; 77: 1220-1226.
10. Surgical therapy in infertile men with ejaculatory duct obstruction: technique and outcome of a standardized surgical approach.\ Immo Schroeder-Printzen, Martin Ludwig, Frank Kohn and Wolfgang Weidner\Human Reproduction 2000vol.15 no.6 pp.1364–1368.
11. The prostatic utricle is not a Mullerian duct remnant: immunohistochemical evidence for a distinct urogenital sinus origin. Shapiro E., Huang H., McFadden D.E. et al. J Urology 2004;172:4:Part 2:Sup-pl:1753—1756.

СЛОЖНЫЕ МОМЕНТЫ ХИРУРГИИ УРЕТРЫ

Любчак А.М., Гребенюк Р.П., Любчак М.А.

Больница скорой медицинской помощи «INTO-SANA»,
отделение урологии и гинекологии, г.Одесса

Введение. Стриктурная болезнь и пан-уретральная стриктура, определяющие поражение не только слизистой, но и всей стенки, являются самыми грозными состояниями, требующими от хирурга принятия наиболее рационального решения при реконструкции уретры (4,5). Существуют рекомендации по проведению уретропластик в зависимости от причины стриктурного поражения, локализации, количества и протяженности стриктур, ширины сохранной слизистой уретрального места, предусматривающее вид расположения использованного трансплантата слизистой или лоскута кожи, глубины спонгиоза (G.Barbagli Roma 27-28.03. 2014, "My Journey around the urethrae"

AUA 2014, “History and evolution of the surgical techniques for urethral stricturae repair “ LXV Congreso Nacional de Urologia 04-08 Noviembre 2014, Guadalajara, Jalisco).

Самым сложным в проведении реконструкции уретры является стриктурная болезнь или пануретральная стриктура. Лихен склеротический, относящийся к группе очаговых склеродермий, с комплексом иммунологических гормональных и ферментативных нарушений, влекущих деструкцию коллагена, является основной причиной стриктурной болезни и пан-уретральных стриктур. Он может развиваться как при воспалительном или травматическом поражении стенки уретры, так и после уретропластик с использованием кожных лоскутов (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12).

Лихен обусловленные стриктуры уретры, при которых поражается слизистая уретрального места, требуют проведения этапных операций, при которых безальтернативным пластическим материалом является слизистая оболочка ротовой полости, реже слизистая мочевого пузыря. Двухэтапные уретропластики даже с двукратным использованием букального трансплантата, на втором этапе формирования уретры тубуляризацией уретрального места с привлечением кожи все же имеют риск развития или рецидива лихен склеротического процесса. Поэтому использование собственной уретры, даже имеющей лихен поражение, с узкой уретральной пластиной, все же лучше, чем создание уретры из кожи с высокой степенью развития в ней лихен склероза. Тем более, что прививка пораженной слизистой собственной уретры здоровым эпителием букального трансплантата может стать для неё спасительной. У пациентов молодого возраста предпочтение отдается дорзальному (on-lay) расположению трансплантата в одноэтапных уретропластиках (4, 11). Из всех видов заместительных операций универсальной является односторонняя передняя (One-sided Anterior) уретропластика с дорзальным расположением букального трансплантата, позволяющая выполнить реконструкцию всей передней уретры, сокращающая сроки лечения и улучшающая качество жизни (10). Альтернативой может быть использование здоровой экстрагенитальной или половой кожи для уретропластики вовлеченной в лихен склероз уже ранее оперированной уретры (G.Barbagli Barcelona 2010).

Цель исследования. Оптимизация методов реконструкции уретры при первичных и рецидивных стриктурах, стриктурной болезни и пан-уретральных стриктурах.

Материал и методы: За период с 2010 по 2015г. в отделе урологии Институте пластической хирургии «VIRTUS» и отделении урологии и гинекологии «ИНТО-САНА» проведено лечение 26 пациентам с посттравматической, пануретральной стриктурами уретры и со стриктурной болезнью. Средний возраст пациентов- 36,3г. Длительность болезни отмечена от 2-х до 29лет. 5 больных поступили на лечение с эпицистостомическим дренажом, один поступил с мочевым затеком под кожу полового члена, 1 пациент с уретроперинеостомой и цистостомой, 2 - с уретро-кожными свищами (в одном случае из них уретромошоночным и во втором- уретропромежностным). Пациенты распределены по группам: 1) лихен склеротическое поражение уретры в сочетании с поражением кожи и головки полового члена - 5 пациентов; 2) лихен склеротическая трансформация уретры, оперированной с использованием васкуляризированного кожного лоскута - 5 человек; 3) лихен склеротическая трансформация кожной неоуретры после пластики пенильной гипоспадии -1больной; 4) рецидив стриктур кожной неоуретры после пан-уретропластики тубуляризированным пеноскротальным кожным лоскутом -2 человека, 5) пануретральная стриктура при саркоидозе - 1 пациент, 6) Стриктуры средней и дистальной части бульбуса уретры -6 больных, 7)посттравматическая стриктура проксимальной части бульбозного и мембранозного отделов -4 человека (2 рецидивные стриктуры и 2 облитерации) 8) 1 пациент- стриктура уретро-перинеостомы, 9) стриктура простатической части уретры-1 больной. Таким образом, пануретральная стриктура была выявлена у 7 пациентов, у 4 больных –установлены посттравматические и рецидивные стриктуры бульбо-мембранозного отдела, в 11 случаях выявлены стриктуры более 2-х см (стриктурная болезнь) в пенильном, пено-скротальном и бульбозном отделах уретры, у 2-х пациентов - множественные стриктуры кожной неоуретры, в 1 случае-стриктура уретро-перинеостомы, у одного больного-стриктура простатической части уретры. По количеству ранее перенесенных уретропластик пациенты составили группы: операция впервые - 10 человек, операция повторная - 9 пациентов, операция третья по счету – 4 больных, четвертая и более по счету операция - 3 человека. Четыре пациента оперированы дважды, что составило общее количество выполненных операций- 30. Обязательными исследованиями были: общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, анализы крови на RW, ВИЧ, HBs Ag, HCV, бактериологический анализ мочи, УЗ-исследование органов мочевой системы и брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиоскопия, доплерография сосудов нижних конечностей. Ретроградная уретрография

24 пациентам выполнялась как минимум за 2 дня до операций. УЗ- исследование уретры проведено 6 пациентам, внутривенная урография выполнена троим пациентам, в двух случаях выполнена спиральная КТГ уретры. 10 пациентам проведено комплексное иммунологическое исследование крови, у 5 определяли активность ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), кальция крови, маркеров склеродермии и ревмопроб, у 11 пациентов проводили ПЦР анализ фолатного цикла проведенный стандартизованными методами лаборатории «Синэво». За 3-5 дней до операции трижды в день пациенты проводили санацию полости рта раствором «гивалекс». Заместительные уретропластики выполнялись с использованием трансплантатов слизистой щек. Забор трансплантатов проведен по стандартной методике. В среднем размер трансплантата составлял 5,5 x 2,5 см. Шовным материалом был монокрил 4\0- 5\0, викрил 4\0, рапид 3\0. Операции проводились под 4-кратно увеличивающей оптикой. Уретроскопия проводилась уретроскопом К.Шторц 17 Ch (Германия), использовался гольмиевый лазер «АМС» и Дорнье “Medilas H” в режиме работы 10 Гц, 8 Вт, 800-1200 мДж. Дренирование мочевого пузыря у оперированных осуществлялось в среднем 18дней 2-х ходовым уретральным катетером Фолея 18Ch. Антеградная (микционная) уретрография в обязательном порядке выполнялась после удаления уретрального катетера. У 7 пациентов в ходе уретропластик в ложе трансплантата или анастомоз инъекционно вводилась плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP). При всех операциях проводился забор биоптатов для гистологического исследования. Срок стационарного лечения- 5 дней.

Результаты исследований. Решающими диагностическими моментами являются объективность уретрографии или УЗИ уретры, степень сохранности уретрального места и слизистой, воспалительный или посттравматический характер стриктуры. Выполняемая ретроградная уретрография выполнялась без натяжения полового члена, исключая смещение и удлинение зоны сужения. Укладка пациента для исследования проводилась с поворотом таза на 35-40 град. Это является важным моментом, особенно при исследовании сужения в проксимальной части бульбозного отдела, где от длины сужения зависит выполнение заместительной или анастомотической уретропластики, анастомотической с резекцией до 3-х см или аугментационной, только с разделением ножек кавернозных тел или с резекцией симфиза. Наиболее информативной является спиральная компьютерная томография уретры. Для определения протяженности и выраженности спонгиоза незаменимым является выполнение УЗИ уретры с доплер-эффектом.

Протяженность пануретральной стриктуры - 11-14 см (средняя 12см). Протяженность сужения уретры при стриктурной болезни пенильного отдела- 5-8 см (средняя 6 см), бульбарного 3-6 см (средняя 4 см). Протяженность стриктуры-облитерации бульбозно-мембранозного отдела в среднем 3 см.

По характеру 30 проведенных операций распределялись на: заместительные- 20, анастомотические- 5. Первый этап по Йогансону и лазер-БОУТ- по одной операции. В 3-случаях выполнено восстановление уретры покрытием кожным васкуляризированным лоскутом по Оранди уретрального места, сформированного дорзально on-lay расположенным букальным трансплантатом. Из числа 20 заместительных уретропластик у 2-х пациентов операция проведена кожным васкуляризированным лоскутом по Mc.Aninch. Операция букальным трансплантатом по методу One-sided Anterior Urethroplasty (S.Kulkarni, G.Barbagli) с левосторонней мобилизацией уретры, как универсальная при стриктуре любой локализации и протяженности, выполнена в 16 случаях. Из четырех повторно оперированных больных, у одного пациента с кожной неоуретрой вторая операция была анастомотической в бульбозно-мембранозном отделе. У второго пациента первая реконструкция выполнена букальным трансплантатом по методу One-sided Anterior Urethroplasty и повторная-кожным васкуляризированным лоскутом. У остальных двоих вторая операция с использованием букального трансплантата проводилась по методу Azop'a. Операция One-sided Anterior Urethroplasty с деглобированием полового члена из перинеального доступа выполнена у 7 больных, в 3-х случаях использовался чрезошочный доступ и 6 пациентов оперированы пенильным доступом.

Анастомотические операции проводились из пикообразного перинеального доступа, протяженность резецируемого участка-3 см. Выполнение разделения ножек кавернозных тел и спатуляция концов уретры позволили формировать анастомоз без натяжения.

У пациента со стриктурами простатического отдела уретры выполнено их лазерное рассечение с установкой уретрального катетера на 20 дней. Пациенту с рецидивом стриктуры пенильного отдела после 2-х уретропластик по поводу гипоспадии, осложненной мочевым затеком под кожу полового члена, выполнен 1 этап операции Йогансона.

Забор букального трансплантата из 2-х щек одномоментно был проведен у 8 пациентов. Дополнительное дренирование уретры трубчатым перфорированным дренажом, устанавливаемым рядом с уретральным катетером осуществлялось 4- 5 дней. Края трансплантата и уретры сшивались обвивным непрерывным швом монокрil 3-4\0. Метод введения в ложе трансплантата плазмы, обогащенной тромбоцитами, преследовал цель стимуляции неоангиогенеза, уменьшения ишемии и ускорения репарации трансплантата. Антибактериальная терапия проводилась комбинацией аминогликозидов, цефалоспоринов и фторхинолонов в зависимости от результатов микробиологического анализа мочи.

Дооперационный анализ крови на уровень ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и интерлейкина -2, иммунограмма с исследованием количества Т-хелперов (CD4+,CD8-) и Т-супрессоров (CD4-,CD8+), иммунорегуляторного индекса (ИР), кальция крови, маркеров склеродермии и ревмопроб, ПЦР-анализ фоллатного цикла позволяют выявить реакции иммунного характера со склонностью к колагенообразованию или его нарушение. Гистологические исследования биоптатов уретры позволяли выявить гистиоцитарно-макрофагальную и фагоцитарную миграцию, как фактор развития грануляций и развития рубцовой ткани разной степени выраженности. По результатам анализов крови общим для всех пациентов является снижение содержания в венозной крови моноцитов\макрофагов, при их нормальном или повышенном показателе в капиллярной крови.

Обследование оперированных в ближайший и отдаленный послеоперационный периоды не выявил признаков рецидива стриктур.

Выводы.

1. Односторонняя передняя (One-sided Anterior) уретропластика с дорзальным расположением букального трансплантата является универсальной реконструктивной операцией
2. Выбор метода реконструкции уретры зависит от объективного дооперационного определения размера её поражения.

Литература

1. Коган М.И., Ибишев Х.С. Вторичный гипогонадизм у больных с повреждением мочеиспускательного канала CONSILIUM-MEDICUM : 2007\Том 09\N 4
2. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. \ Зайко Н. Н., Быць Ю. В. Атаман А. В. и др. разд Нарушения волокнистых структур соединительной ткани. Коллаген \ К.: "Логос", 1996);
3. Русаков В.И. Хирургия стриктур и облитераций уретры 1991).
4. Barbagli G., S. De Stefani Reconstruction of the bulbar urethra using dorsal onlay buccal mucosal grafts: New concepts and surgical tricks \Indian J Urol, 2006; 22, 113-117;
5. Barbagli G. Adherence to the Right Diagnostic Tools for Best Outcomes in Urethral Reconstructive Surgery. Eur Urol. 2006 Jan 24;
6. Heroic measures may not always be justified in extensive urethral stricture due to lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). \Peterson AC, Palminteri E, Lazzeri M, Guanzoni G, Barbagli G, Webster GD. \ Urology. 2004 Sep;64(3):565-568;
7. Lichen sclerosus of the male genitalia. \Lazzieri M, Barbagli G, Palmintieri E, Turini D. \Contemporary Urology 2001; 3
8. Lichen sclerosus of the male genitalia and urethral stricture diseases. \ Barbagli G, Palminteri E, Balo S, Vallasciani S, Mearini E, Constantini E, Mearini L, Zucchi A, Vivacqua C, Porena M. \Urol Int. 2004;73(1):1-5;
9. Lichen Sclerosus of the Male Genitalia and Urethra: Surgical Options and Results in a Multicenter International Experience with 215 Patients\ Kulkarni S, Barbagli G, Kirpekar D, Mirri F, Lazzeri M \ Eur Urol, 2009; 55, p.945-956
10. One-sided Anterior Urethroplasty: A New Dorsal Onlay Graft Technique\ Sanjay Kulkarni, Guido Barbagli, Salvatore Sansalone and Massimo Lazzeri \BJU International, 2009: 104, 1150-1155.
11. Penile urethroplasty: techniques and outcomes using buccal mucosa grafts Guido Barbagli, Enzo Palminteri, Stefano De Stefani and Massimo Lazzeri \Contemporary Urology. March 2006, 25-33;
12. Peterson AC, Palminteri E, Lazzeri M, Guanzoni G, Barbagli G, Webster GD. Heroic measures may not always be justified in extensive urethral stricture due to lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). Urology. 2004 Sep;64(3):565-8

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОПЕКСИЯ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ ПОЧКИ.

Люлько А. А., Бурназ А. О., Никитюк И. Н., Сагань А. С., Варвашеня М. В.
Кафедра урологии ГУ ЗМАПО МОЗ Украины.

Актуальность. Разработка малоинвазивных методов оперативного лечения больных урологической патологией является актуальным направлением развития современной урологии (1). Существующие эндоурологические методы лечения многих заболеваний мочевыделительной системы с успехом применяются и являются рутинными в большинстве урологических клиник. (2,3). Одной из таких видов операций является нефропексия при нефроптозе. Нефропексия относится к той категории урологических операций, которая должна выполняться только лапароскопически или ретроперитонеоскопически (4,6). Существенное уменьшение травматичности операционной раны дает лапароскопическая методика, которая позволяет максимально сберечь иннервацию лимфо и кровообращение тканей операционной области. Кроме того современное эндовидеохирургическое

оборудование позволяет улучшить визуализацию тканей и органов, которые оперируются, за счет увеличенного изображения (5). С целью облегчения ее внедрения в рутинную практику эндоурологических операций фиксация почки происходит при помощи проленовой сетки, однако по нашему мнению с целью избежать возможных осложнений связанных с использованием синтетических материалов возможно выполнение нефропексии лапароскопически используя методику фиксации почки мышечным лоскутом по Ривою-Пытелю Лопаткину.

Материалы и методы: лапароскопически с 2012 г. нами было прооперировано 43 пациентки которые находились на лечении в урологическом отделении Запорожской областной клинической больницы, которое является базой кафедры урологии Запорожской медицинской академии последиplomного образования. Всем была выполнена лапароскопическая нефропексия справа. Всем пациентам были проведены клинические, биохимические, микробиологические обследования. Для диагностики и подтверждения нефроптоза выполняли ультразвуковое исследование, обзорную и экскреторную урографию, по показаниям компьютерную томографию с использованием контрастного вещества.

Лапароскопическая нефропексия с использованием проленовой сетки выполнена 22 пациенткам. Лапароскопическая нефропексия с использованием мышечного лоскута из латерального края m. psoas произведена 21 пациенту.

Лапароскопическую нефропексию с использованием проленовой сетки проводили пациентам с нефроптозом 2-3 степени. Показанием для оперативного лечения были нарушения функции почки, артериальная гипертензия, болевой синдром. Хирургические вмешательства выполняли при помощи эндовидеохирургической стойки с аппаратурой фирм «KarlStorz» и «Stryker» и лапароскопического инструментария этих же фирм. Операции проводили под общим эндотрахеальным наркозом. Нефропексия производилась следующим образом. При помощи традиционного лапароскопического доступа мобилизовали, располагали и фиксировали почку в физиологическом положении за ее нижний полюс проленовой сеткой к передней поверхности поперечной мышцы.

Также нами выполнялась нефропексия по Ривою-Пытелю-Лопаткину при помощи мышечного лоскута лапароскопически. Мышечный лоскут, взятый из латерального края m. psoas, фиксировали заворачивая его по нижнему полюсу почки на ее переднюю поверхность, где и фиксировали к фиброзной капсуле швами предварительно проведя мышечный лоскут через «тоннель» между фиброзной капсулой и паренхимой почки. Этим достигается восстановление продольной оси почки и ее физиологическая подвижность. Операции завершались восстановлением париетальной брюшины с наличием небольшого «окна» через которое происходило дренирование забрюшинного пространства дренажем с активной аспирацией установленный в виде «колена» с целью дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости.

Оценка качества выполнения операции определялась по следующим параметрам: 1. Длительность операции. 2. Длительность послеоперационного применения обезболивающих. 3. Длительностью нахождения пациента в стационаре.

Результаты исследования и их обсуждение. Проводя анализ указанных параметров оценивали эффективность операции у обеих групп пациенток. Средний возраст пациенток 26 лет (21-35 лет). Первую группу составляли 22 пациентки которым была выполнена лапароскопическая нефропексия с использованием проленовой сетки. Вторую группу составляла 21 пациентка которым была выполнена лапароскопическая нефропексия с использованием мышечного лоскута из латерального края m. Psoas. Вечером в день операции больным разрешали пить. Активизация пациентов производилась на следующие сутки, выписка через сутки после удаления страхового дренажа. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп назначались ненаркотические анальгетики на период от 1 до 3 суток. Страховой улавливающий дренаж удалялся на 2 - 4 е сутки в зависимости от количества отделяемого. Длительность операции нефропексия проленовой сеткой составила $80,2 \pm 15,4$ мин. Длительность операции нефропексия мышечным лоскутом $86,2 \pm 12,3$ мин. Достоверно длительность операции между группами статистически не отличалась. Длительность применения анальгетиков в послеоперационном периоде в первой группе была $3,3 \pm 0,4$ дня, во второй группе $3,1 \pm 0,2$, статистически достоверных отличий между группами не зарегистрировано. Длительность нахождения в стационаре после операции по группам была следующей: в первой группе $4,1 \pm 0,7$ суток, во второй группе $4,2 \pm 0,5$.

Осложнения, появляющиеся на этапе наложения карбоксиперитонеума и/или введения троакаров отсутствовали. Осложнения, связанные с лечебными манипуляциями в процессе операции: кровотечение из мелких сосудов паранефральной клетчатки, паренхимы почки, брюшины, были

незначительными, разрешались путем дополнительной биполярной коагуляции. Послеоперационные осложнения были следующими: околопочечная гематома объемом не более 50 мл. по данным ультразвукового исследования выявлена у 2 пациенток – первой и 2 пациенток второй групп. У этих пациенток улавливающий дренаж задержан на 2 суток, удален на 5 сутки. Также этим пациенткам продолжена периоперационная антибиотикопрофилактика до 6 послеоперационных суток с целью профилактики воспалительных осложнений. Воспалительные осложнения с лейкоцитозом и гипертермией у 1 пациентки в первой группе и 1 пациентки во второй группе, разрешились усилением антибактериальной терапии. Других осложнений на протяжении периода 6 месячного наблюдения не выявлено. Всем пациенткам в сроки от одного до двух месяцев после операции проведена обзорная экскреторная урография в орто и клиностазис целью изучения результатов операции. У пациенток обеих групп результат лечения оценен как удовлетворительный. При применении лапароскопической нефропексии мышечным лоскутом результат операции аналогичен нефропексии с применением проленовой сетки, однако по нашему мнению эффективность его может быть выше за счет отсутствия осложнений связанных с применением синтетических материалов.

В послеоперационном периоде качество жизни больных значительно выше по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами за счет минимальных болевых ощущений, короткого срока пребывания в больнице, быстрого выздоровления и возвращения к обычной жизни.

Выводы.

1. Лапароскопическая эндовидеохирургия может активно применяться в лечении пациентов с нефроптозом как альтернатива открытым оперативным вмешательствам.

2. Лапароскопическая нефропексия проленовой сеткой или мышечным лоскутом идентичны по техническим возможностям выполнения операций, послеоперационным осложнениям, и могут выполняться согласно предпочтению хирурга.

3. Необходимость выполнения нефропексии должна рассматриваться как абсолютное показание к ее выполнению путем видеолaparоскопических операций.

Литература

1. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас-руководство по урологии. - Днепропетровск: Днепр-VAL. - 2000. Т.1. - 3.
2. Кадыров З.А. Лапароскопическая урологическая хирургия // Урология и нефрология. 1997, №1. с. 40-44.
3. Пушкарь Д.Ю. Урология: основные разделы. МЕДпресс-информ, 2004.- 192 с.
4. Рамалингама М. Атлас лапароскопических и реконструктивных операций в урологии. ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 552 с.
5. Soutcoat M.J., Joyce A.D. Laparoscopy in urology. Oxford. 1993. 160 p.
6. Fornara P., Doehn C., Jocham D. Laparoscopic nephropexy. Eur. V.J. of Urology. 1999. Vol.6 N1.

ЕФЕКТИВНІСТЬ УРЕТРОПЛАСТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ОСТРІВКОВОГО КЛАПТИКА ПРЕПУЦІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІПОСПАДІЇ У ДІТЕЙ

Переяслов А.А., Поцюрко А.Р., Гримак І.Я., Гижя Б.І., Іваськевич Д.З..

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ»

Актуальність. Хірургічна корекція гіposпадії, зокрема, важких її форм, залишається однією з актуальних проблем пластичної урології дитячого віку. Гіposпадія – одна з найбільш частих вад розвитку органів сечостатевої системи, однак, незважаючи на стрімкий розвиток медичної науки, боротьба з цією недугою завжди буде важкою. До цього часу її називають «ахілєсовою п'ятою» дитячої хірургії. У наш час існують десятки методик оперативних втручань, що були запропоновані різними авторами для вирішення цієї проблеми, але не існує універсального методу лікування для кожної форми гіposпадії. Висока частота післяопераційних ускладнень коливається, за різними даними, від 10% до 50%.

Протягом останніх десятиліть стандартом лікування гіposпадії у дітей у світовій практичній дитячій урології стало виконання одномоментних реконструктивно – пластичних операцій у дітей раннього віку. Багатоетапні та повторні операції приводять до зміни локальної гемо – та лімфоциркуляції, утворення ішемізованих ділянок, множинних післяопераційних рубців, а інколи, після нагноєння рани, вогнищ хронічної дрімаючої інфекції в тканинах прутня. Ці фактори у поєднанні з вибором неправильної методики хірургічної корекції та порушенням техніки виконання операції, проведення її у дітей старшого віку значно збільшують частоту післяопераційних ускладнень, знижують косметичну ефективність операції та негативно впливають на психоемоційний стан пацієнтів.

Революційними можна назвати методики уретро пластики з використанням острівкових клаптиків препуції для лікування дітей з важкими формами гіпоспадії та різним ступенем деформації статевого члена. Однією з найбільш вдалим методик, на нашу думку, є одномоментна уретро пластика, яку запропонував американський дитячий хірург J. Duckett у 1986 році.

Зміна принципів підходів до виконання хірургічної корекції гіпоспадії, що спостерігається протягом останніх років у вітчизняній дитячій урології, вибір раціонального методу уретропластики, вміння підготувати пластичний матеріал до операції, можливість застосування високоякісного шовного матеріалу, а також зростання технічної майстерності дитячих урологів з врахуванням високого командного професіоналізму всього хірургічного колективу дозволили значно покращити результати лікування, зменшити частоту післяопераційних ускладнень, а значить покращити якість життя маленьких пацієнтів.

Мета дослідження. Провести аналіз власних результатів хірургічного лікування важких форм гіпоспадії у дітей з використанням острівкових клаптиків препуції. До важких форм ми віднесли середньо стовбурову, задньостовбурову, стовбурово-калиткову та калиткову гіпоспадії. Промежинні форми хвороби у нашій практиці не зустрічалися.

Матеріали і методи. Двоетапна хірургічна корекція гіпоспадії за методикою Duplay, одномоментні уретропластики за методикою Hodgson I та Hodgson III, інші способи часто не задовольняли наші вимоги до результатів лікування (сечові нориці, незадовільний косметичний ефект операції, проблемність формування зовнішнього вічка неоуретри на верхівці прутня тощо). Проходив пошук більш ефективних методик.

З 2004 року дитячими урологами нашої клініки було засвоєно **спосіб уретропластики за методикою J.Duckett – тубуляризованим острівковим поперечним клаптиком із внутрішнього листка крайньої шкірочки**. Незважаючи на те, що ряд авторів скептично оцінили цю методику, ми не відкидали її, зважуючи позитивні та негативні сторони операції та набуваючи власного досвіду. Остання стала операцією вибору при важких формах гіпоспадії. Вказана технологія дозволяє за один етап, за одну операцію ліквідувати деформацію статевого члена і сформувати дефіцитну частину уретри із власної шкіри прутня на судинній ніжці, вивести зовнішнє вічко уретри на верхівку прутня. Генітальна шкіра – найкращий пластичний матеріал для уретропластики, враховуючи відсутність на ній волосяних фолікул.

У період 2007 р. - 2014р. в ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ» було проведено хірургічне лікування 62 дітей з важкими формами гіпоспадії у віці від 10 місяців до 5 років. Всіх дітей ми умовно поділили на 3 групи:

Дітям із середньо – та задньостовбуровою формами захворювання, а також деяким дітям із стовбурово – калитковою формою були виконані уретропластики за методикою J.Duckett без формування уретрокутанеостоми (41 операція)

Друга група дітей з врахуванням ступеня дисплазії шкіри прутня, а також поєднаних вад розвитку і супутньої патології, із стовбурово – калитковою та калитковою формами гіпоспадії перенесла хірургічну корекцію захворювання за методикою J.Duckett з формуванням уретрокутанеостоми (10 дітей). Останні були закриті за методикою Duplay через 3-6 місяців після виконання I (основного) етапу уретропластики.

До третьої групи ми включили дітей, що з ускладненнями були прооперовані в інших дитячих клініках (після виконання однієї чи декількох уретропластик). У більшості випадків це були діти із стовбуровими формами гіпоспадії, у яких була збережена крайня шкірочка. Було виконано 11 оперативних втручань – резекція рубцевої неоуретри з норицями, та уретропластика за методикою J.Duckett без формування уретрокутанеостоми..

Перед проведенням хірургічної корекції вад розвитку кожна дитина проходить комплексне обстеження та отримує уніфіковану передопераційну підготовку, в план якої входить медикаментозний вплив на організм, санація хронічних вогнищ інфекції, терапія супутньої патології, а також місцеве приготування шкіри прутня і калитки.

Деякі діти потребують більш тривалої підготовки, зокрема, у випадках вираженої гіпоплазії тканин прутня, що є показом до застосування місцевої та системної гормонотерапії (тестостеронова мазь, хор іонічний гонадотропін). Цей період може займати від декількох місяців до 1-2 років. Частина хворих дітей потребують комплексного генетичного обстеження.

Обов'язково проводимо переопераційну діагностику, суть якої полягає в порівнянні ширини внутрішнього листка препуції з дефіцитом уретральної трубки, враховуючи його збільшення після

видалення хорди і вирівнювання прутня. Чіткий математичний розрахунок в умовах загального дефіциту тканин – вкрай важливий фактор успішної корекції.

Відомий хід операції включає декілька етапів, кожний з яких має певні особливості, на які б ми хотіли звернути увагу.

I етап - вирівнювання статевого члена шляхом висікання хорди та множинних рубців вентральної поверхні стовбурової частини. При цьому на корінь статевого члена накладаємо марлевий турнікет. Проводимо резекцію материнської уретри в межах здорових тканин. Голівку прутня обов'язково розсікаємо на вентральній поверхні по серединній лінії до верхівки, широко мобілізуємо краї рани. Тунелізації голівки не проводимо (як в авторському варіанті).

II етап – власне уретропластика. На внутрішній поверхні препуції викроюється поперечний прямокутний шкірний клаптик довжиною, що дорівнює уретральному дефекту, та шириною, що визначається математично з урахуванням вікового діаметру уретри та діаметру запланованого сечового катетера (приблизно 1,2-1,5см). З метою фіксації крайньої шкірочки застосовуємо шви трималки (10-12). Проводиться обережна мобілізація шкірного клаптика на міжлистяній фасції із збереженням судин, що його живлять так, щоб клаптик можна було завернути на вентральну поверхню прутня (як правило - з правого боку). Краї клаптика зшиваємо двохранними неперервними швами на ПХВ катетері № 8-10 за шкалою Шар'єра, формуючи дефіцитну частину уретри. При цьому катетер повинен легко рухатися всередині новоутвореної уретри. Чітке, акуратне висікання шкірного клаптика без надмірної мобілізації країв є запорукою успіху.

III етап – накладання широкого уретро-уретроанастомозу "кінець в кінець" між материнською і артіфіціальною уретрою. Попередньо проводимо катетер до сечового міхура і накладаємо анастомоз однорядними вузловими швами, що проходять через усі шари стінок уретри. При цьому акуратно адаптуємо краї рани. Обов'язковою умовою цього етапу є такий поворот неоуретри, щоб лінія її швів лягала на поверхню кавернозних тіл прутня від рівня анастомозу аж до верхівки голівки прутня.

IV етап – формування зовнішнього вічка уретри на рівні верхівки голівки та формування самої голівки зшиванням країв її рани над неоуретрою за методикою Hendren. Шви на краї розтягтої голівки прутня – за Donati. Фіксація сечового катетера швом до голівки прутня.

V етап – заключний. Трансплантат прикривається шаром підшкірних тканин із захопленням країв живлячої ніжки. Закінчуємо операцію шкірною пластикою за методикою Culp- Bayers. Надлишок шкіри висікаємо. Ідеальним вважаємо зміщення шкірної рани вентральної поверхні прутня в сторону (часто вліво), щоб рана шкіри не співпадала по осі з раною неоуретри. Турнікет, який декілька разів по ходу операції послаблюємо, повністю знімаємо після накладання помірно-стискаючої циркулярної марлевої пов'язки. Останню зрошуємо розчином діоксизолу (комбінований антибактеріальний місцево анестезуючий та гіперосмолярний препарат «Діоксизоль-Дарниця»).

Під час оперативного втручання з приводу гіпоспадії використовується мікрохірургічний інструментарій, високоякісний шовний матеріал (ВІКРИЛ №6/0, 5/0), марлевий турнікет (з його послабленням кожні 20хв.-25хв.) та біполярну електрокоагуляцію з метою гемостазу, часті зрошування операційної рани р-ном хлоргексидину біглюконату. Обов'язковою умовою успіху операції є обережна, «ніжна» робота з тканинами. У післяопераційному періоді дітям обов'язково призначаємо комплексну медикаментозну терапію, в план якої включаємо антибактеріальні препарати (антибіотики широкого спектру дії, уроантисептики, фітотерапію), вітаміни, антигістамінні та ангіопротекторні препарати, еубіотики, метаболіти.

Адекватне знеболення досягаємо поєднанням перидуральної анестезії (р-н бупівакаїну) на 2-3 доби з парентеральним введенням анальгіну чи кетоналу, пероральним чи ректальним застосуванням парацетамолу, нурофену, а також місцевою дією «Діоксизолу».

Протягом перших 3-4 днів пов'язку щодня декілька разів зрошуємо розчином діоксизолу по 3-5 мл. Першу перев'язку робимо на 4-й або 5-й день після операції з дотриманням всіх правил асептики та антисептики. Для перев'язок використовуємо порошкоподібні антибактеріальні препарати "Банеоцин" або "Гентаксан", а також мазі "Левосин" або "Офлокаїн – Дарниця". Поєднання вказаних препаратів приводить до швидкої ліквідації післяопераційного набряку, запобігає нагноєнню ран, сприяє швидкій появі грануляції та епітелізації. Важливим є те, що мазі мають знеболюючий ефект.

Деривація сечі із сечового міхура після уретропластики забезпечується уретральним поліхлорвініловим катетером №8 – 10 за шкалою Шар'єра. Правильне розташування катетера в сечовому міхурі, наявність 5-6 бокових отворів в кінцевому його сегменті, догляд за катетером, періодичне промивання його просвіту розчинами антисептиків, а також ясне пиття забезпечують

добру його функцію і створюють умови для загоєння післяопераційних ран прутня. Для зняття спазмів сечового міхура застосовуємо сибутін, дриптан чи уротол. Тривалість застосування катетера коливається від 10 до 14 діб (залежить від особливостей протікання післяопераційного періоду у кожної конкретної дитини). Шви знімаємо, починаючи з кінця другого тижня після операції в 2-3 етапи (протягом місяця після операції).

Після евакуації катетера з метою попередження розвитку стенозу новоутвореної уретри, в першу чергу в ділянках уретроуретроанастомозу та зовнішнього вічка, щодня проводимо бужування-калібрування уретри бужами № 8-10 за шкалою Шар'єра (ПХВ-катетери) із використанням мазей: гідрокортизона, преднізолона, «Преднікарб», «Контактубекс». Тривалість бужування 8-10 днів. Одночасно проводимо навчання батьків, які після виписки дитини із стаціонару 2-3 рази в тиждень проводять калібрування уретри стерильним ПХВ – катетером ще протягом місяця.

Результати і обговорення

За вказаний період (2007-2014рр.) після уретропластики за методикою J.Duckett ускладнень не було у 44 дітей.

У 12 дітей у післяопераційному періоді з'явилися ознаки помірного стенозу зовнішнього вічка неоуретри або в ділянці уретроуретроанастомозу (11,6%), що були ліквідовані консервативно активним бужуванням – калібруванням уретри. Двом дітям (3,2 %) довелося провести оперативну меатотомію через виражений стеноз меатуса. Сечові нориці неоуретри мали місце в 2 дітей (3,2%), що потребувало їх оперативного закриття.

Ще в однієї дитини (1,6%) через місяць після уретропластики з'явився дивертикул неоуретри, що викликав порушення сечовипускання та деформацію прутня. Проведено повторну уретропластику - висікання дивертикула. Післяопераційний період – без ускладнень.

У 2-річного хлопчика на 7-у добу після операції з'явилися ознаки некрозу стінок неоуретри та шкіри над нею. Була проведена некректомія та модифікована уретропластика за методикою Ландерера – Русакова через 2 тижні після першої операції (1,6%). Таким чином 9,6% дітей мали ускладнення, що вимагали хірургічної корекції. У кінцевому результаті ми отримали позитивний результат у лікуванні практично у всіх дітей. Ефект цієї операції задовільнив усі наші вимоги до вирішення медичних та косметичних задач, які ставить перед лікарями ця одна з найбільш важких вад розвитку сечостатевої системи.

Надзвичайно ефективні були пластики з накладанням уретрокутанеостоми. У жодної дитини з уретрокутанеостомою після її закриття ускладнень не було, що вказує на сприятливі умови уретропластики тканинами калитки.

Висновки. Вважаємо, що застосування острівкових клаптиків препуції при гіпоспадії значно покращують результати лікування і зменшують частоту післяопераційних ускладнень. Вказана методика дозволяє одноетапно провести хірургічне лікування цієї недуги у дітей раннього віку, що сприяє їх нормальному психічному розвитку та швидкій соціальній адаптації. Уретропластика за методикою J. Duckett при важких формах гіпоспадії, на нашу думку, є надзвичайно ефективною операцією, незважаючи на її технічну складність та скептичну оцінку її окремими урологами.

Особливістю хірургічної корекції гіпоспадії є те, що на зміну одним методикам приходять інші і цей процес триває досі. А це вказує, що не існує «ідеальних» операцій. В одних клініках «приживаються» одні хірургічні методики, в других – інші. Головним критерієм оцінки тієї чи іншої методики повинні бути отримані результати. І в цьому плані практичні надбання кожної клініки, яка вирішує проблеми гіпоспадії, є дуже важливими на ниві розвитку дитячої урології.

НАШ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МСР У ДІТЕЙ

Переяслов А. А., Поцюрко А. Р., Гримак І. Я., Іваськевич Д. З., Гижга Б. І.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівська обласна дитяча клінічна лікарня "Охматдит"

З 2011 р. у ЛОДКЛ "Охматдит" була впроваджена і до цього часу успішно використовується методика малоінвазивного ендоскопічного лікування міхурно-сечовідного-рефлюксу (МСР) у дітей. В Україні ендоскопічна корекція МСР вперше була виконана у 1997р. в клініці дитячої хірургії м. Запоріжжя і, як ефективний метод, поступово поширилася на всю країну.

МСР - одна з найбільш розповсюджених урологічних патологій в дитячому віці. Небезпека, яку несе порушення уродинаміки сечових шляхів при рефлюксі для ниркової паренхіми, часте

ускладнення хронічним пієлонефритом, можливість розвитку рефлюкс-нефропатії, вторинного зморщення нирок та ХНН при двосторонньому процесі вимагають від лікаря-уролога активної позиції у боротьбі з цією недугою.

Одним з видів лікування МСР є його ендоскопічна корекція, яка вигідно відрізняється від відкритої оперативної імплантації рефлюксуючих сечоводів своєю малоінвазивністю (малотравматичністю), короткою тривалістю, легким протіканням післяопераційного періоду, а також можливістю її застосування для дітей грудного віку з агресивним плином пієлонефриту.

Вважаємо, що відсутність ефекту від консервативної терапії МСР протягом 6-12 міс. з моменту його діагностики, враховуючи характер перебігу хронічного пієлонефриту, ступінь дилатації сечових шляхів, а також вираженість функціональних порушень зі сторони нирок, є показом до переходу від консервативного лікування до більш активної тактики. І першою на шляху зміни лікувальної тактики стоїть саме малоінвазивна ендоскопічна корекція цієї урологічної патології.

Якщо ж діти страждають від частих загострень маніфестно-рецидивуючого пієлонефриту на фоні МСР, у випадку значного розширення сечоводів та ЧМС нирок, особливо при двосторонньому процесі, при діагностиці ниркових функціональних порушень, вважаємо недоцільним обмежуватися лише консервативним лікуванням, а рекомендуємо одразу ж (після діагностики МСР) поєднати його з гелевою корекцією рефлюксу.

В деяких випадках ми прогностично передбачаємо відсутність повного ефекту від малоінвазивної операції, але навіть зменшення ступеня МСР, зменшення частоти загострень пієлонефриту одночасно з покращенням функціонального стану нирок, особливо у дітей раннього віку, дає можливість покращити якість життя хворої дитини до часу виконання відкритої оперативної реімплантації сечоводів.

Мета роботи - проаналізувати власний досвід використання ендоскопічної корекції при МСР та визначити ефективність цієї методики в залежності від ступеня МСР та анатомо-функціонального стану нижніх сечових шляхів.

Матеріали і методи. Для ендоскопічної корекції МСР ми використовували вітчизняний поліакриламідний гель "Нубіплант", що виготовляється "Міжнародним центром впровадження медичних технологій" (м.Київ). Застосування відеосистеми значно покращило технічні можливості методу. Парауретеральне введення гелю проводиться за методикою STING (Subureteral transurethral injection), а у випадку МСР в нижній колектор подвоєної нирки і сечоводу чи при непевності повного замикання вічка рефлюксуючого сечоводу (з врахуванням його аномальних форм, зокрема, як "ямки для гольфу") - застосовували методику Double HIT (double hydrodistention implantation technique). Доза гелю на одне введення коливалася від 2 до 5 мл.

У ЛОДКЛ "Охматдит" за останні 4 роки ми спостерігали 164 дитини з різними ступенями МСР, яким було виконано 233 ендоскопічні операції. Було прооперовано 125 дівчаток та 39 хлопчиків. Спостерігалася 51 дитина до 3-річного віку та 113 дітей більш старшого віку.

Двобічний МСР діагностовано у 69 хворих дітей, а односторонній - у 95 пацієнтів: з них правосторонній МСР мав місце у 43 випадках, а лівосторонній - у 52. Таким чином, ендоскопічну корекцію було виконано на 233 сечоводах: правих - 112 та лівих - 121. Дітям з Іст МСР операція не проводилась. Розподіл корегованих сечоводів за ступенем МСР наступний:

I ст - 61;

III ст - 143;

IV ст - 29.

19 дітям корекція проводилася у зв'язку з МСР в нижній колектор подвоєної нирки і сечоводу, а в двох випадках мав місце МСР при неповному подвоєнні сечоводу. В усіх дітей діагностовано хронічний пієлонефрит, у 45 дітей - нейрогенна дисфункція сечового міхура. В 11 хворих мав місце рефлюкс в гіпоплазовану нирку. 10 дітей потребували ендоскопічної корекції МСР після перенесених раніше відкритих антирефлюксних операцій.

Результати дослідження.

Щоб оцінити ефективність ендоскопічної корекції МСР в післяопераційному періоді, ми проводили клінічний та лабораторний аналіз перебігу хронічного пієлонефриту, сонографічний контроль за станом нирок та сечових шляхів, наявність і розміри гелевого болюсу в парауретеральних тканинах сечового міхура. Одночасно хворі продовжували отримувати курси консервативної терапії хронічного пієлонефриту та нейрогенних дисфункцій сечового міхура.

Основний метод контролю за ефектом операції - висхідну мікційну цистографію проводили через 6-12 місяців після корекції МСР (у випадку МСР IV ст, а також при негативній динаміці

перебігу пієлонефриту - швидше). Критеріями успіху вважаємо відсутність МСР за даними цистографії та відсутність ознак обструкції за даними УЗД.

Серед хворих з II ступенем МСР успішний результат отримано в 56 випадках (91,8%) після першого введення гелю. Із 143 гелевих корекцій МСР III ст позитивними виявилися 115 операцій (80,4%). Найменш успішними були результати лікування МСР IV ст - з 29 корекцій рефлюкс був "закритий" лише в 14 випадках (48,3%). З 19 оперованих дітей з МСР в нижній колектор подвоєної нирки і сечоводу не ефективною виявилася операція double HIT у 14 випадках (73,7%). 5 дітей потребували повторної корекції. З цієї групи хворих у однієї дитини з'явилися ознаки обструктивного уретерогідронфрозу нижнього колектора, що стало показом до відкритої реконструктивно-пластичної операції.

Дітям, у яких зберігався МСР після двократних ендоскопічних імплантацій (переважна більшість це пацієнти з МСР IV ст), були виконані відкриті реімплантації сечоводів за методиками Cohen і Politano-Leadbetter.

Висновки. Наші дослідження повністю підтверджують висновки, зроблені колегами-попередниками, що вже пройшли цей шлях, про незадовільні результати ендоскопічного лікування МСР у дітей з важкою нейрогенною дисфункцією сечового міхура (включно з спінальною його формою), при вираженій латералізації вічка сечоводу та аномальних його формах, а також у випадку важких форм рефлюксуючого мегауретеру.

Ендоскопічна корекція є надзвичайно ефективним методом лікування МСР і може вважатися стандартом лікування дітей будь-якого віку. Перевагами методик STING і double HIT є простота виконання, мала інвазивність, можливість їх повторного виконання у разі рецидиву, можливість їх застосування у дітей грудного віку, "м'який" і короткий післяопераційний період, можливість їх проведення після неефективного відкритого оперативного лікування МСР.

Наявність високоякісних імплантів та їх безпечність при введенні в тканини дитячого організму робить ендоскопічне лікування МСР методом вибору для дітей раннього віку, що попереджує розвиток рефлюкс-нефропатії та рубцювання ниркової паренхіми.

КАНЕФРОН Н НА ЕТАПАХ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ГІДРОНЕФРОЗОМ ТА ОБСТРУКТИВНИМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Россіхін В.В., Бухмін О.В., Туренко І.А., Шусь А.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти.

Вступ та мета. Одним із завдань при лікуванні дітей з гідронефрозом і обструктивним мегауретером є відновлення уродинаміки верхніх і нижніх сечових шляхів. Використання хірургічних і ендоскопічних методів лікування позитивно впливає на пієлоуретральний сегмент (ПУС) та уретеровезикальне співвустя (УВС). Розробка способів відновлення уродинаміки миски та сечоводу є не менш важливою на етапах ведення цих дітей.

Об'єкт і методи дослідження. Останніми роками в клінічній практиці при реабілітації уродинаміки активно використовуються фітопрепарати. У попередніх дослідженнях було показано, що препарат рослинного походження «Канефрон Н» ефективно діє при тривалому "програмному" стентуванні дітей з обструктивним мегауретером і гідронефрозом, запобігаючи утворенню білкової матриці і знижуючи сольову інкрустацію стента (Казанська І.В. із співавт., 2013).

Для оцінки впливу препарату «Канефрон Н» на резервуарну, евакуаторну функції розширеної миски й адаптаційну (транзиторну) функцію ПУС передбачається обстеження 30 дітей. Групи хворих: 10 дітей з I-II ст. гідронефрозу, друга - 10 пацієнтів з III ст. гідронефрозу, третя група - 10 хворих з обструктивним мегауретером після ендоскопічного відновлення прохідності УВС.

Діуретична ультразвукова пієлосонаграфія з комп'ютерною інтерпретацією результатів обстеження і оцінка якісно-кількісного складу білку сечі методом електрофорезу з комп'ютерною інтерпретацією отриманих даних.

Дозування препарату «Канефрон Н» складало по 1 пігулці 3 рази на день впродовж 30 діб.

Результати та їх обговорення. На даний час проведено обстеження 6 дітей з гідронефрозом з I групи (8 уродинамічних систем), у яких оцінений характер уродинамічних порушень миски, діаметр ПУС і характер порушень за даними білкового спектру сечі. За даними ультразвукового дослідження нирок діаметр миски не перевищував 20 мм (від 8 до 20 мм). Переважно був дезадаптаційний варіант порушення уродинаміки (6 уродинамічних систем) і обструктивно-

гіпертензійний варіант (2 уродинамічних системи). Допустимий діаметр ПУС від 1,3-4 за Шарьєром був у 4 дітей. У інших він був зменшений в незначному ступені. Функціональний стан нирок за даними уропротейнограми характеризувався мінімально вираженою каналцевою і клубочковою дисфункцією.

Висновки. Попередні результати застосування препарату «Канефрон Н» свідчать, що найбільший вплив він робив на адаптаційну (транзиторну) функцію ПУС на етапі динамічного спостереження хворих з початковими формами гідронефротичної трансформації. Таким чином, «Канефрон Н» може застосовуватися у дітей з гідронефрозом I-II ст. як фітопрепарат, що покращує транзиторну функцію ПУС.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОЛЕОГРАНУЛЕМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Коноплева О.Г.¹, Дулепин А.В.¹, Приходько А.В.¹, Украинец Е.П.², Краснов В.Н.², Полин Н.Ю.², Квятковский Е.А.³, Коштура В.В.⁴

1. КУ «Д 12 ТМО» ДОС», 2. КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДОС», 3. КУ «Д 9 ГКБ» ДОС», 4. КУ «Д 6 ГКБ» ДОС» г. Днепрпетровск

Под олеогранулемой наружных половых органов принято понимать хронический неспецифический воспалительный процесс в подкожной клетчатке и дерме полового члена, мошонки и надлобковой области, обусловленный преднамеренным введением в ткани полового члена различных маслянистых веществ.

Развивающиеся в месте введения инородных веществ очаги хронического неспецифического воспаления ведут к образованию инфильтратов в подкожной клетчатке и фасциях наружных половых органов, которые со временем, нарушая лимфо- и кровообращение в дермальном слое кожи, обуславливают развитие слоновости, трофических язв, рубцовых деформаций, опухолевидных образований. Возникшие изменения в свою очередь ведут к нарушению копулятивной функции, что заставляет пациентов обращаться за медицинской помощью.

Особенностью клинического течения олеогранулематозного процесса является его склонность со временем к распространению на другие отделы наружных половых органов (корень полового члена, мошонка, промежность и надлобковая область). Олеогранулематозные инфильтраты, образовавшиеся в подкожной клетчатке, еще в большей мере усугубляют нарушение лимфо- и кровообращения в области полового члена и резко ухудшают клиническое течение заболевания. Это обстоятельство позволяет говорить об олеогранулеме не только полового члена, а наружных половых органов в целом.

Длительное время данное заболевание считалось редковстречающимся, но в последнее время число больных с олеогранулемой наружных половых органов увеличилось.

Использование маслянистых веществ приводит к рубцовой деформации, изъязвлению кожи полового члена, так как гель или иное вещество после введения вызывают острое воспаление. Развиваются приобретенные искривления полового члена, эректильная дисфункция. Травмы полового члена у пациентов с олеогранулемой могут приводить к гнойно-воспалительным процессам и вторичной инфекции.

Осложнения могут проявляться не сразу после введения веществ или предметов, а через значительный промежуток времени – 10-12 лет. Введенный вазелин распространяется между кожным покровом и оболочками пениса, действительно изменяя размеры органа. Но через некоторое время ткани вступают в реакцию, вызывающую искривление пениса. Вводимое вещество вызывает аллергию, воспаление и нагноение.

В развитии олеогранулемы выделяют несколько стадий (Н.А. Лопаткин и соавт., 1998):

- продуктивную;
- кистозную;
- гиалиноза;
- лимфатического отека.

Процесс формирования олеогранулемы распространяется на мошонку, паховую и лобковую области, мочеиспускательный канал. Инфильтративное поражение соседних участков делает патологию по характеру роста сходной со злокачественными опухолями. Исходя из степени

поражения кожи и распространенности фиброза, выделяют три формы заболевания (В.Н. Лесовой и соавт., 1998):

- легкая форма (1 степень), когда гранулематозный инфильтрат захватывает дистальную часть пениса, поражая крайнюю плоть, венечную борозду, препуциальный мешок;
- тяжелая форма (2 степень) – асептический фиброз поражает кожу и подкожную клетчатку пениса на всем протяжении, распространяясь на мошонку и лобковую область;
- свищевая форма (3 степень), когда на фиброзно измененной коже пениса имеются инфицированные раны, язвы, свищи.

Диагноз олеогранулемы пениса основывается на данных анамнеза и осмотра. При этом обязательно требуется исключить венерические заболевания, гепатит С, СПИД и злокачественные опухоли. Основной контингент пациентов с олеогранулемой пениса – это бывшие заключенные и демобилизованные воины.

Клинические проявления заболевания во многом зависят от места введения маслянистых веществ. При проведении инъекций в среднюю треть крайней плоти на 8-12 недели заболевания половой член представляется булабовидно утолщенным за счет инфильтрации крайней плоти и кожи дистальных отделов полового члена. Кожа имеет буровато-синюшный цвет, с желтоватым оттенком в местах олеогранулематозных инфильтратов, при пальпации плотная, утолщена, болезненная. Иногда в центре инфильтратов определяются очаги размягчения, свищевые ходы с выделением серозно-геморрагической маслянистой жидкости.

Развивающийся на фоне воспаления лимфангоит и лимфостаз в сочетании с инфильтративно-язвенными изменениями в коже крайней плоти вызывают возникновение вторичного рубцово-язвенного фимоза. Введение веществ в основание крайней плоти, как правило, приводило в дальнейшем к развитию парафимоза. Введение вазелина под кожу дистального отдела полового члена приводит к развитию плотных инфильтратов в стволовой части пениса, более быстрому возникновению тяжелей и узлов по ходу тыльных сосудов, распространению инфильтратов в клетчатку корня полового члена, мошонки, надлобковую область.

Половой член в этих случаях значительно утолщен, деформирован рубцами от бывших и имеющихся изъязвлений. Увеличение регионарных паховых лимфатических узлов наблюдалось у лиц с нагноением олеогранулем и наличием изъязвлений.

Под нашим наблюдением находилось 32 пациентов с олеогранулемой пениса в возрасте от 22 до 48 лет. 24 пациентов – бывшие заключенные и 8 – отслужившие срочную службу в армии. У 8 пациентов была диагностирована легкая форма олеогранулемы, у 12 – тяжелая форма, у остальных 12 – свищевая форма заболевания. У 16 пациентов произведено хирургическое удаление олеогранулематозных инфильтратов и поврежденных тканей в один этап с последующим замещением дефекта кожи пениса.

Очень важным моментом оперативного вмешательства является оставление как можно большего лоскута внутреннего листка крайней плоти. У 3 пациентов выполнена операция по Райху в модификации В.Н. Лесового в один этап с хорошими отдаленными результатами. У 13 пациентов мы заместили дефект кожи пениса свободным кожным лоскутом, полученным из паховых областей. Кожные лоскуты накладывали на пенис без натяжения, фиксируя все его края отдельными узловыми кетгутowymi и викриловыми швами. Послеоперационное течение у всех пациентов было без особенностей. У трех пациентов отмечен краевой некроз пришитого лоскута кожи, который после иссечения краев хорошо заэпителизировался. Отдаленные результаты у всех прооперированных пациентов благоприятные. У них исчезло ложное искривление пениса, восстановилась эрекция и появилась возможность полноценной половой жизни.

Мы считаем, что консервативное лечение при олеогранулемах не только не эффективно, но и порочно. Поэтому все виды рассасывающей терапии должны применяться в раннем послеоперационном периоде с целью уменьшения рубцовых деформаций и ликвидации перифокальных воспалительных изменений.

Консервативное лечение в предоперационном периоде допустимо только при наличии резко выраженных воспалительных явлений (гнойный баланопостит, инфицирование трофических язв, рожистое воспаление кожи полового члена). Данное лечение должно быть не продолжительным (2-3 недели). Его цель – снятие острых воспалительных явлений в зоне предстоящего оперативного вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КЛИТОРА. СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

*Русинко И.М., Русинко Н.М., Коноплева О.Г., Дулепин А.В., Приходько А.В.,
Бурман Ю.С., Улановская Е.Э.*

КУ «Д 12 ТМО» ДОС», г. Днепропетровск

Злокачественные опухоли наружных половых органов (рак вульвы) занимают четвертое место среди всех локализаций гинекологического рака. Чаще всего рак вульвы встречается у пациенток после 60 лет. К предрасполагающим факторам развития рака относят папилломавирусная инфекция, крауроз вульвы, склеротический лишай, остроконечные кандиломы, лейкоплакия, полипы, карункулы и папилломы уретры. При наличии вышеупомянутых состояний пациентка должна быть под наблюдением гинеколога и нуждается в регулярных профосмотрах, включающих в себя кольпоскопию и взятие мазков для цитологического исследования. Чаще всего рак вульвы поражает клитор, большие половые губы, реже – малые половые губы, уретру, бартолиниевые железы.

По форме роста различают:

- экзофитный рак клитора – эта разновидность визуально выглядит как узелок, возвышающийся над поверхностью кожи или слизистой оболочки;
- эндофитный рак клитора – проявляется в виде образования язвы, с кратерообразными, плотными краями;
- диффузный рак клитора - проявляется в виде повсеместного уплотнения (инфильтрата), т.е. опухоль распространяется как бы в толще тканей.

В зависимости от распространенности рак клитора делится на четыре стадии и карцинома *insitu* (поверхностный рак).

По гистологическому строению:

- плоскоклеточный ороговевающий рак (в 90 % случаев);
- неороговевающий;
- базальноклеточный;
- аденокарцинома;
- меланобластома.

Хроническая трофическая язва клитора мало чем отличается от эндофитного рака клитора. Основными симптомами и признаками рака и трофической язвы клитора являются :

- появление опухолевидного образования с дальнейшим изъязвлением;
- зуд в области промежности и наружных половых органов;
- водянистые выделения из влагалища и язвы;
- кровотечение при травматизации опухоли или язвы во время расчесывания.

Подавляющее большинство женщин сами обнаруживают новообразование в области наружных половых органов. Однако только треть из них впервые обращаются за медицинской помощью через 10-12 месяцев с момента обнаружения уплотнения или язвочки.

Под нашим наблюдением находилось четыре пациентки в возрасте от 36 до 68 лет с длительностью заболевания от 3 до 10 лет, направленных к нам гинекологами с диагнозом «трофическая язва клитора и множественные полипы уретры». При осмотре у всех пациенток обнаружены изъязвления в области клитора с перифакальным воспалением стенок язв, частичного воспаления больших и малых половых губ, наличие множественных полипов уретры. У двух пациенток обнаружено кратерообразное втяжение на месте клитора с язвой на дне и твердыми стенками. Пациенткам выполнена цистоскопия, УЗИ почек, лимфоузлов забрюшинных, малого таза и пахово-подвздошных, КТ органов малого таза и брюшной полости с болюсным контрастированием. Патологии не обнаружено. При цитологическом исследовании участков изъязвления обнаружены атипичные клетки. Во всех случаях проведено оперативное лечение – широкая электрорезекция тканей в зоне поражения с отступлением на расстояние 2 см. от края поражения с частичным иссечением больших и малых половых губ, электрорезекция полипов уретры с дренированием мочевого пузыря катетером Фолея сроком до пяти суток. В двух случаях произведено удаление паховых лимфоузлов с обеих сторон. Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 9-10 сутки. Раны зажили первичным натяжением. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак. Гистологическое заключение удаленных полипов уретры: в трех случаях – полипы с хроническим воспалением, в одном случае – карункулы уретры. Пациентки направлены к онкогинекологу для дальнейшего лечения.

Рак клитора не является быстротечным заболеванием. У большинства пациенток он формируется на фоне предраковых заболеваний в течении 7-9 лет.

Благодаря доступности клитора для визуального исследования и проведения специальных методов диагностики возможно выявление рака на ранних стадиях заболевания, что обеспечивает успех в лечении

Случаи из практики



Рис. 1.1. Бугорковый рак клитора.
Пациентка К., 38 лет



Рис. 1.2. Пациентка К. через год после операции

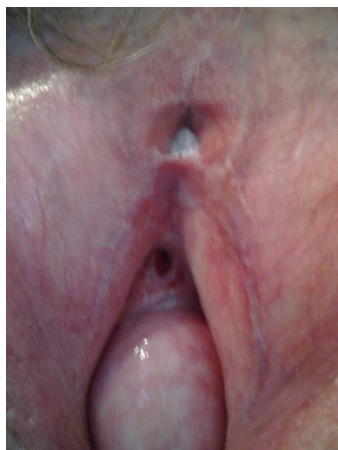


Рис. 2. Кратерообразный рак клитора.
Пациентка П., 68 лет



Рис. 3. Меланома преддверья влагалища.
Пациентка К., 36 лет

МЕТОДОЛОГИЯ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В УРОЛОГИИ

Серняк Ю.П., Антонян И.М., Роцин Ю.В., Фуксзон А.С., Зеленский А.И.

¹Национальный Медицинский Университет имени А.А. Богомольца, г. Киев,

²Харьковская медицинская академия последипломного обучения, г. Харьков,

Поистине революционным стало внедрение лапароскопических операций в урологии. Так впервые в 1976 г. Cortesi N. – осуществил лапароскопическую диагностику крипторхизма, затем в 1979 г. Wickham была выполнена уретеролитотомия, в 1985 г. – Eshghi et al – пиелолитотомия, в 1990 г. – Clayman R.V. – нефрэктомия, в 1991 г. – Schuessler W.W. – тазовая лимфаденэктомия, в 1991 г. – Kiyotaki S. – адреналэктомия, в 1991 г. – Schuessler W.W. – радикальная простатэктомия, в 1992 г. – Donovan J. F. – резекция яичковой вены, в 1992 г. – Clayman R.V. – нефроуретерэктомия, в 1993 г. – Winfield H.N. – резекция почки, в 1993 г. – Schuessler W.W. – пиелопластика, 2000 г. – Gill I.S. – цистэктомия.

Преимуществом лапароскопической хирургии является минимальная инвазивность доступа к оперируемому органу или структуре, улучшенная визуализируемость операционного поля (т.к.

оптическая система дает 30-и кратное увеличение объекта операции в сравнении с обычным зрением), что создает условия для более анатомичного и прецизионного манипулирование с тканями и обеспечивает минимальную травматичность для оперированных органов и близлежащих структур. Таким образом, преимущества лапароскопических операций наиболее ярко проявляются там, где травматичность при создании доступа соизмерима или превалирует над травматичностью полостной операции [1,5,7,8]

Все вышеописанное обеспечивает более быструю функциональную реабилитацию оперированных органов и систем, что улучшает субъективное послеоперационное состояние больного и сокращает срок его пребывания в стационаре в 5-10 раз. Кроме этого, благодаря минимальным разрезам на коже от 5 до 10 мм исключается возможность возникновения послеоперационных грыж и формирования больших послеоперационных рубцов на коже, что повышает эстетическую удовлетворенность особенно у женщин.

Одно из отрицательных сторон лапароскопической хирургии является относительно большая продолжительность операции, которое нивелируется с повышением опыта хирурга [9].

Однако устоявшаяся техника традиционной школы открытых операций, низкая материальная обеспеченность урологических стационаров в возможности приобретения дорогостоящей аппаратуры, отсутствие тренинговых центров в нашей стране затормозили развитие лапароскопической урологии в Украине. В то же время, если мы не хотим оказаться в изоляции от остального мира и следовать ключевым тенденциям развития современной медицины, мы вынуждены будем внедрять в повседневную практику и развивать технику лапароскопической хирургии. При этом краеугольным камнем прогресса лапароскопической урологии является создание стройной системы подготовки урологов для формирования устойчивых навыков для выполнения лапароскопических как трансперитонеальных, так ретроперитонеальных операций.

Сложностями в освоении урологами лапароскопических операций в отличие от традиционной хирургии является отсутствие тактильного ощущения ткани, ограничение кинематических возможностей манипулирования инструментами, трехмерная визуализация пространства операционного поля, трансформированная на двухмерную плоскость монитора [2,3,6]

В данной статье представлен наш опыт освоения лапароскопической урологии с мая 2003 по сентябрь 2006 года. За вышеописанный период сотрудники кафедры прошли обучение в г. Ростове (Россия 2003 г.), Наймеген (Нидерланды 2003 г.), Бордо (Франция 2005 г.), Быдгощ (Польша 2005г.), Быдгощ, Ольштен (Польша 2006 г.)

За данный период освоено и выполнено 221 лапароскопических операций (таблица 1).

Таблица 1.

Лапароскопические операции, выполненные в клинике урологии ФПО ДонМУ.

Наименование операции	Количество	Сложность операций по критериям EAU	Длительность (мин)	Интраоперационные осложнения
Лигирование левой семенной вены	86	1	20-63	-
2-х стороннее лигирование семенной вены	7	1	25-34	-
Кисты почек (односторонние)	47	1	45-141	1
Кисты почек (двухсторонние)	3	1	51-74	-
Кисты почек (ретроперитонеальный доступ)	3	1	45-75	-
Нефропексия	24	2	57-126	-
Уретеролитотомия	11	2	62-153	-
Уретеролитотомия (ретро-перитонеальный доступ)	4	2	74	1
Урогенитальные свищи	4	2	172-185	1
Пластика пиело-уретерального сегмента	9	4	145-280	-
Ушивание раны мочевого пузыря (ургентно)	2	3	129-156	-
Резекция мочевого пузыря при эндометриозе	1	3	136	-
Аденомэктомия	4	3	210-268	2
Пиелолитотомия	3	3	129-250	-
Коррекция пролапса	4	3	128-146	-
Нефрэктомия (простая)	8	3	168-254	-
Радикальная нефрэктомия	1	5	315-348	

Реконструктивная и восстановительная хирургия

Критерии уровня сложности описаны в рекомендациях Европейской ассоциации урологов и представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица №2

Классификация уровней сложности лапароскопических операций

Уровень сложности	Определение	Общий бал критерия
1. E	Легкий	Между 3 и 5
2. SD	Незначительно трудный	Между 6 и 8
3. FD	Средней трудности	Между 9 и 11
4. D	Повышенной трудности	Между 12 и 14
5. VD	Очень трудный	Между 15 и 17
6. ED	Экстремально трудный	Больше чем 18

Таблица №3

Разделение наиболее основных лапароскопических операций в урологии согласно их технической трудности, операционному риску и уровню внимания .

Операции	Техника	Риск	Внимание	Общий бал	Уровень Сложности
Крипторхизм (диагностический)	1	1	1	3	E
Варикозное расширение вен семенного канатика	2	1	1	4	E
Резекция кортикальной почечной кисты	2	2	1	5	E
Резекция парапелвикальной почечной кисты	2	3	2	7	SD
Уретеролитотомия	4	2	1/3	7/9	SD/FD
Нефропексия	3	2	3	8	SD
Адреналэктомия (< 6 см)	3	3	3	9	FD
Тазовое рассечение лимфатического узла	2	3/4	3	8/9	FD
Кольпосуспензия	4	2/3	3	10	FD
Нефрэктомия (простая)	4	4	3	11	FD
Адреналэктомия (> 6 см)	4	4	4	12	D
Пластика почечной лоханки	6	3	4	13	D
Резекция почки	5	4	5	15	VD
Радикальная нефрэктомия (T1)	4/5	4/5	4/5	12/15	VD
Ретроперитонеальная лимфнодиссекция	5	6	6	17	VD
Нефрэктомия (у донора)	4	7	7	18	ED
Лимаденэктомия (после химиотерапии)	5	7	7	19	ED
Радикальная простатэктомия	7	5	6/7	18/19	ED

Особенности выполнения лапароскопической операции подразумевают преодоления в обучении ряда сложностей связанных с

1. с опытом открытой хирургии [4]
2. двухмерной визуализацией операционного поля
3. дискордация визуальных и моторных действий
4. отсутствие тактильной чувствительности тканей и органов
5. Фиксированное расположение портов
6. Ограничение рабочего пространства .

Залогом успеха подготовки лапароскопического хирурга является приобретение знаний, сочетающееся с наработкой навыков инструментального манипулирования и формирование устойчивой визуально- моторной координации вырабатывающейся при последовательном освоении лекционного курса, работы на тренажере, трейнинге на животных моделях, просмотром видеофильмов, чтением статей и книг, привлечением коллег, обладающих достаточным опытом в этой области, ассистенцией и наконец самостоятельным выполнением операций.

Реконструктивная и восстановительная хирургия

Мы провели анализ собственного опыта развития навыков и выполнения лапароскопических операций за период с 2003 по 2006 г (Таблица №4).

За 2003 год нами выполнено 19 операций 1 класса сложности. Лигирование левой семенной вены бала самой простой операцией и в этом году их выполнено 11 без единого осложнения и рецидива. Лапароскопическое иссечение кист выполнено у 4 пациентов без осложнений и рецидивов. Но при этом мы оперировали исключительно кортикальные кисты.

Таблица №4

Распределение лапароскопических операций в зависимости от сроков исполнения.

Наименование операции	2003	2004	2005	2006	Всего
Лигирование левой семенной вены	11	20	28	34	93
Кисты почек (односторонние)	8	12	16	17	53
Нефропексия	-	2	9	13	24
Уретеролитотомия	-	-	5	10	15
Пластика пиело-уретерального сегмента	-	1	4	6	9
Ушивание раны мочевого пузыря (ургентно)	-	-	-	2	2
Ушивание везиковагинального свища	-	-	1	3	4
Резекция мочевого пузыря при эндометриозе	-	-	-	1	1
Аденомэктомия	-	0	3	1	4
Пиелолитотомия	-	-	1	2	3
Коррекция пролапса	-	-	-	4	4
Нефрэктомия (простая)	-	1	3	4	8
Радикальная нефрэктомия	-	-	-	1	1
Всего	19	36	70	102	227

В 2004 г количество операций по поводу варикоцеле и кист почек увеличилось и составило 20 и 12 соответственно. При этом 3 из 20 кист были парапелвичные, что вызвало на том этапе существенные трудности. В этом же году выполнена 1 пластика пиелоуретерального сегмента и 1 нефрэктомия. На данном уровне обучения мы выполняли только простые этапы этих операций, а успех в их выполнении принадлежит более опытной лапароскопической бригаде хирургов из России. Осложнений выявлено не было. В этом же году нами освоена техника и произведены операции лапароскопической нефропексии у 2 больных под визуальным контролем наших учителей упомянутых ранее. В 2005 г. выполнено 28 операций по лигированию семенной вены, причем у 4 больных с двух сторон. Иссечение кист почек произведено у 16 больных. У 10 пациентов это были кортикальные кисты: 4 в проекции нижнего полюса, 3 в проекции среднего сегмента, 3 в проекции верхнего полюса. В 6 случаях были выполнены операции по поводу парапелвичных кист, которые располагались спереди позади почечных сосудов. У 6 из 16 пришлось выделять заднюю поверхность почки с рассечением брюшины по линии Тольдта. Освоена и с успехом применена операция лапароскопическая уретеролитотомия у 5 пациентов, причем у 1 больного извлечен конкремент размером 3х1 см с локализацией в верхней трети мочеточника. Одна операция выполнена по поводу везиковагинального свища после гинекологической операции и одна пиелолитотомия по поводу камня лоханки. Нефрэктомий и пластик пиелоуретерального сегмента выполнено 3 и 4 соответственно, при этом 2 из них выполнены самостоятельно, а остальные с участием коллег из России. В этом году отмечены первые осложнения: 1 рецидив после лигирования левой семенной вены, 1 конвертация в открытую операцию при иссечении кист почки и 2 конвертации при аденомэктомии. При анализе осложнений операции по поводу варикоцеле следует отметить возникновение рецидива, которое по видимому связано с неполным лигированием

сопутствующих вен семенных вен. Перевод в открытую операцию при иссечении кисты почки вызван незначительным кровотечением из дна кисты и обусловлен, на том момент, недостаточностью опыта в данной ситуации и необходимостью перестраховки. Достаточно новой областью работы для нас явилась работа в тазу на предстательной железе. Адаптация к лапароскопическим особенностям анатомии таза, ограниченность рабочего пространства, васкуляризация органа, большие размеры простаты – все это, на наш взгляд, привело к 2 случаям конвертации в открытую операцию.

В 2006 г. выполнено лигирований семенных вен, кист почек, нефропексий и уретеролитотомий 34, 17, 13 и 10 соответственно. Особенностью в развитии знаний и умений этого года явилось разработка ретроперитонеального направления в лапароскопии. Данный вид операции затрудняет работу хирурга за счет ограниченности рабочего пространства, невозможностью визуализации структурных и органных маркеров для быстрой ориентации, при этом предпочтителен для больного в связи с отсутствием инфицирования и случайной травмы органов брюшной полости, необходимостью дренирования и исключения возможности попадания в нее мочи и крови. Ретроперитонеальным доступом выполнено 1 уретеролитотомия и 3 кистэктомии. Другой особенностью этого года явилось применение лапароскопической техники в диагностической, а затем лечебной цели при травме мочевого пузыря с последующим его ушиванием у 2 пациентов. Третья особенность состояла в освоении нового для нас направления коррекции переднего пролапса полипропиленовой сеткой. Данный вид операции выполнен у 4 больных, при этом следует отметить, что первой больной операция выполнена с более опытными коллегами, а последующие три – самостоятельно. Четвертая особенность состояла в самостоятельном выполнении пластики пиелоуретерального сегмента у 6 пациентов, простой нефрэктомии у 4 и радикальной нефрэктомии у 1 больного. Ушивание везиковагинального свища, пиелолитотомия, аденомэктомия и резекция мочевого пузыря при эндометриозе выполнена у 3, 2, 1 и 1 больного соответственно. При анализе осложнений этого года следует отметить две конвертации в открытую операцию при везиковагинальном свище и камне мочеточника, которые была выполнена в связи с выраженным рубцовым процессом в области оперированных структур. Таким образом, за 4 года работы нами произведено 5 конвертации в открытую операцию из 227 прооперированных больных (2,2%). Анестезиологических осложнений выявлено не было. В одном случае отмечена выраженная подкожная эмфизема, распространяющаяся от места стояние портов до ключицы на левом боку, которая самостоятельно разрешилась через сутки.

Таким образом, за четыре года нами освоено 16 видов лапароскопических операций, от 1 до 5 уровня сложности. Все это было выполнено благодаря помощи наших коллег prof. F. Debruyne, prof. J.J.M.C.H. de la Rosette (Нидерланды), prof. R. Gaston, prof. T. Piechaud, prof. C. Mugnier (Франция), d.m. P. Jarzemski, d.m. S.Listopadski (Польша). Особую благодарность нам хотелось выразить проф. В.Л.Медведеву и к.м.н. С.И. Костюкову (Россия).

Существенным моментом в развитии лапароскопических навыков является поэтапное выполнение операций от простых к сложным. Последовательное выполнение законов диалектики сокращает количество ошибок, связанных с отсутствием знаний и навыков. Так, выполнение операции по лигированию гонадальных сосудов при варикоцеле способствуют выработке навыков установки портов, координации работы инструментов в брюшной полости, выделению мелких сосудов и их клипирование. Резекция кортикальных кист развивает вышеописанные навыки и дополняет их уже приемами диссекции тканей, электрокоагуляции, работы аспиратора. Нефропексия дополняет навыки лапароскопического шва. Уретеролитотомия – поиском и визуализацией мочеточника, трансперитонеальной установкой катетера типа «stent», рассечением и ушиванием раны мочеточника. Нефрэктомия – опытом работы с крупными сосудами, их клипирование и лигирование. Пластика пиелоуретерального сегмента – выделением мочеточника и лоханки, опытом наложения анастомоза.

Таким образом, по нашему мнению для успешного освоения навыков лапароскопической техники необходимая поэтапная программа.

Первый этап. Сочетанная лекционная нагрузка и практическая тренировка на специальных тренажерах.

Моделирование геометрии и эргономичности манипулирования в предполагаемом операционном поле. Фиксация и работа с объектами трансполированное через двухмерную плоскость монитора, что позволяет развить навыки координации движений рук и восприятия увиденного на мониторе.

Положительные моменты данного этапа является относительная дешевизна (тренинговых систем), возможность неограниченного повторения тренировочных действий, отсутствие анестезии и ущерба пациенту. Позволяет формировать специальные комплексные модели для совершенствования навыков отдельных этапов операций.

Отрицательные стороны - не дает возможности развития неординарных навыков и техник (например действия хирурга при кровотечении).

Второй этап. Основан на тренировке на животных. Позволяет освоить создание пневмоперитонеума, обозначение рабочего пространства, проведение троакаров, работе с камерой и работа в команде. Кроме этого тренировка с реальными тканями, что позволяет освоить диссекцию и гемостаз, наложение швов и формирование узлов.

Третий этап. Чтение книг и статей, просмотр видео, DVD.

Четвертый этап. Развитие личностных и коллективных взаимоотношений. Принятие участия в существующей Европейской урологической обучающей программе Европейской ассоциации урологов (www.uroweb.com, www.endourology.org/fellowship). Индивидуальное приглашение и визиты опытных лапароскопических хирургов, их помощь и подстраховка ваших операций.

Пятый этап. Ассистенция и самостоятельное выполнение операций. Шестой этап. Пересмотр видеокассет тренером и учеником. Самостоятельный просмотр собственных операций. Обнаружение технических ошибок и их анализ.

Выводы

1. Освоение лапароскопической хирургии необходимо сегодня, потому что это хирургия будущего.
2. Успех в обучении основан на четкой поэтапной программе формирующей устойчивые лапароскопические навыки.
3. Поддержание и развитие навыков возможно при наличии постоянной практики, просмотр видео, ассистенции и самостоятельном выполнении операций.

Список литературы

1. Серняк Ю.П., Рошин Ю.В., Фуксзон А.С. Криштопа М.В. Наш досвід лапароскопічних операцій при урологічній патології. *Acta Medica Leopoliensia*. - 2004.-vol. 10, №2A.-С.13-15.
2. Aggarwal R, Grantcharov TP, Eriksen JR, Blirup D, Kristiansen VB, Funch-Jensen P, Darzi A. An evidence-based virtual reality training program for novice laparoscopic surgeons. *Ann Surg.*- 2006.-244(2).-P.310-4.
3. Chandrasekera SK, Donohue JF, Orley D, Barber NJ, Shah N, Bishai PM, Muir GH. Basic Laparoscopic Surgical Training: Examination of a Low-Cost Alternative. *Eur Urol.* -2006.-12.-P.114-121.
4. Figert et al., *J.Am coll Surg.*- 193, 2001.-P.165-172.
5. Jara Rascon J, Subira Rios D. Ethics and training in laparoscopic surgery. *Actas Urol Esp.*- 2006.-30(5).-P.474-8.
6. Lopes Salazar A, Ramirez M, Ruiz Cerda JL.Traditional training devices for laparoscopy. *Actas Urol Esp.*- 2006.-30(5).-P.457-60.
7. Myers JA, Doolas A. How to teach an old dog new tricks and how to teach a new dog old tricks: bridging the generation gap to push the envelope of advanced laparoscopy. *Surg Endosc.*- 2006.-20(8).-P.1177-8.
8. Rabenalt R, Minh D, Dietel A, Bynens B, Papadoukakis S, McNeill A, Liatsikos E, Truss M, Stolzenburg JU. Laparoscopic surgery in urology : Taining and education. *Urologe*. - 2006.-45(9).-P.1155-1162.
9. Hernandez Fernandez C. Purpose of the practical training courses. *Actas Urol Esp.*-2006.-30(5).-P.461-3.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.

Серняк Ю.П.¹, Рошин Ю.В.², Фуксзон А.С.¹, Слободянюк Е.Н.³, Мех В.А.³.

¹Национальный Медицинский Университет имени А.А. Богомольца, г. Киев,

²Харьковская медицинская академия последипломного обучения, г Харьков,

³Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, город Красный Лиман, Украина.

Интраоперационное распознавание травмы мочеточника в гинекологической практике происходит в 7-39% случаев и, как правило, выявляется в послеоперационном периоде. При этом интраоперационная идентификация травмы мочеточника обеспечивает наиболее своевременную и эффективную ее коррекцию. Согласно ряду исследований свою эффективность доказали следующие способы интраоперационной диагностики травмы мочеточника: катетеризация мочеточников; цистоскопия после основного этапа операции; внутривенное введение 5 мл 0,4% раствора индигокармина. Однако рутинное применение данных методов диагностики неоправданно и показано только в случаях повышенного риска повреждения мочеточника. Установка мочеточникового катетера или jj-стента сама по себе сопряжена с возможными осложнениями, включающими анурию, восходящую мочевую инфекцию, травму мочеточника и, следовательно, должна применяться только по строгим показаниям, у пациенток с повышенным риском ятрогении.

Цель: улучшение интраоперационной диагностики и результатов лечения травм мочеточника при акушерско-гинекологических операциях.

Материалы и методы: в основу исследования положены результаты клинических наблюдений 161 пациентки перенесших различные акушерско-гинекологические операции. Из них 61 (37,9%±7,5) пациентка с акушерско-гинекологическими травмами мочеточника, которые находились на лечении в урологическом отделении на базе центральной городской клинической больницы №1 г. Донецка (кафедра урологии УНИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького) в период с 2002 по 2012 гг. Контрольная группа представлена 100 (62,1%±7,5) пациентками, которые перенесли акушерско-гинекологические операции, неосложненные травмой мочеточника. На основании изучения историй болезней сформирована база данных, в которую вносились все показатели для последующего анализа и выявления наиболее значимых факторов риска травмы мочеточника и количественной оценке их значимости. Для комплексного прогнозирования риска травмы использован метод пошаговой логистической регрессии.

Результаты: из проанализированных наборов оптимальным для прогнозирования представляется такой: хронический аднексит в анамнезе; размеры матки более 12 условных недель беременности; перенесенные ранее операции на органах малого таза; интралигаментарный рост фиброматозных узлов; сахарный диабет; аппендэктомия в анамнезе. Таким образом, получен такой способ классификации больных по степени риска травмы: если число отличных от нуля значений предикторов из указанного набора больше единицы, то риск травмы высокий. Если же это число равно 0 или 1, то риск травмы низкий. Для ранней, интраоперационной, идентификации травмы мочеточника, необходимо соблюдение следующих принципов диагностики:

- у пациенток с низкой степенью риска повреждения мочеточника, в случае возникновения обильного интраоперационного кровотечения или подозрения на травму, показано выполнение цистоскопии или внутривенное введение 5 мл 0,4% раствора индигокармина. Если травму исключить не удалось, показано привлечение к операции уролога, ревизия мочевыводящих путей, при необходимости выполнение уретероскопии;

- у пациенток с высокой степенью риска травмы мочеточника показана установка jj-стентов или мочеточниковых катетериков. При возникновении интраоперационного кровотечения или подозрения на травму показана максимально возможная ревизия мочевыводящих путей совместно с урологом, при возможности – внутривенное введение 5-10 мл 0,4% раствора индигокармина. Если травму исключить не удалось, показано выполнение цистоскопии и уретероскопии.

Заключение: осведомленность врача о степени риска повреждения мочеточника у конкретной пациентки, дает ему основание для применения комплекса диагностических мероприятий для своевременного интраоперационного выявления травмы. Соблюдение представленных принципов диагностики позволит улучшить интраоперационную идентификацию повреждений мочеточника и тем самым обеспечить наиболее своевременную их коррекцию.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Пасечников С.П., Серняк Ю.П., Литвинов А.И., Фуксзон А.С., Роцин Ю.В.

Национальный Медицинский Университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

Слингвые операции в настоящее время можно отнести в разряд «золотого стандарта» лечения стрессового недержания мочи (СНМ), так как позволяет существенно улучшить результаты лечения СНМ и значительно повышает качество жизни пациенток.

Целью нашей работы явилась оценка результатов лечения СНМ у женщин методом TVT-O.

Материалы и методы: Нами были проанализированы результаты лечения 112 пациентов, оперированных по поводу СНМ методом TVT-O. Средний возраст составил 51,6±10,4 года, средняя продолжительность заболевания составила 4,2±1,6 года. У 36 пациенток так же определялся пролапс гениталий (ПГ) 1-2ст. От коррекции которого больные воздерживались.

Диагноз стрессового недержания мочи устанавливается на основании жалоб, тщательно собранного анамнеза, осмотра и уродинамического исследования, включающее в себе цистометрию, профилометрию и кашлевой тест, измерение абдоминального давления в момент потери мочи.

Результаты. Средняя продолжительность операции трансобтураторной уретропексии составила 25 минут, варьировала от 20 до 55 минут. Продолжительность послеоперационного койко-дня в среднем составила 2 койко-дня от 1 до 8 дней. Средний период наблюдения составил 12 мес.

Через 1 сутки после удаления уретрального катетера 96 из 112 (85,7 %) пациенток отметили положительный результат: отсутствие недержания мочи при напряжении и удовлетворительное мочеиспускание. Полное отсутствие стрессового недержания мочи отмечено у 84 из 112 (75%) оперированных женщин. У них тест с прокладкой оказался отрицательным и составил менее 1 грамма мочи. Улучшение отмечено у 12 из 112 (10,7%) больных. Объем теряемой мочи уменьшился более, чем в 2 раза по сравнению с исходным уровнем.

У 4 (3,57%) больных сохранялось стрессовое недержание мочи.

У 12 человек (10,7%) отмечалось обструктивное мочеиспускание.

Через 12 месяцев анализ результатов лечения больных показал, что 104(92,8%) пациентки считали себя излечившимися от СНМ.

Осложнения: У двух (1,78 %) пациенток при интраоперационной цитоскопии было выявлено чрезузырное проведение перфораторов, что потребовало их извлечения и повторного проведения. Обе пациентки выписаны на 7 суток после операции.

Эрозия мочевого пузыря выявлена у 2(1,78%) больных через 3 и 6 месяцев после операции. Больные оперированы повторно с рассечением и удалением проленовой ленты и ушиванием дефекта стенки мочевого пузыря. Тем не менее, обе больные удерживают мочу при сроках наблюдения 6 и 12 месяцев. У 12 человек (10,7%) отмечалось обструктивное мочеиспускание, что подтверждено данными урофлоуметрии(уродинамического исследования) и УЗИ. У двух пациенток(1,78%) отмечена острая задержка мочи. Для коррекции обструктивного мочеиспускания применялись-катетеризация, бужирование уретры, бужирование в сочетании с тракцией уретры книзу, рассечение слинга. У 8 из 112 (7,1%) женщин после операции возникла детрузорная гиперактивность de novo, что потребовало назначения антихолинергической терапии. Спустя 12 месяцев после оперативного вмешательства наблюдалось увеличение стадии пролапса у 12(10,7%).

При анализе осложнений и неудач лечения установлено, что чаще они наблюдались у больных с пролапсом гениталий. В связи с чем решено сравнить результаты лечения в группах без генитального пролапса(76 человек) и с наличием пролапса гениталий (36 человек). Для выявления факторов, влияющих на эффективность лечения, мы провели внутригрупповой анализ полученных результатов.

Эффективность операции в 1 группе(без генитального пролапса) была выше 97,3%, чем во 2 группе-86,1%. Частота осложнений во 2 группе оказалась выше, чем в 1группе. Так, в 1 группе, включающей 76 больных различные осложнения встречались в 13 случаях, что составило 17,1%. Во 2 группе, с пролапсом гениталий, частота осложнений достигала 55,5%(20 из 36). При сравнительном анализе осложнений оказалось, что перфорации мочевого пузыря встречались в 5,5% 2 группы, и не наблюдались в 1 группе.

Гиперактивность мочевого пузыря de novo чаще встречалась во 2 группе у 5(13,8%) пациентки, чем в 1 группе 3(3,94%)человек. Эрозии петли с протрузией во влагалище или в мочевой пузырь имели место у 2 (5,5%) больных в группе 2 и не наблюдались в группе 1.

Рецидив отмечался в группе 1 в 2(2,63%) случаях и у 2(5,55%) пациентов группы 2.

Нами был проведен анализ соотношения количества выполненных операций и частоты осложнений у различных хирургов. В результате этого выяснилось, что минимальное количество осложнений наблюдалось у хирургов, выполнивших менее 15 операций (4,5%). В то же время, максимальное число осложнений наблюдалось в том случае, если хирург выполнил от 20 до 30 операций (15%). Далее, с накоплением опыта, частота осложнений несколько уменьшается и остается на уровне 8%. Итак, согласно нашим данным для успешного прохождения так называемой кривой обучения (learning curve, англ.) хирургу необходимо самостоятельно выполнить не менее 30 операций.

Заключение и выводы.

Применение трансбураторного слинга(TVT-O) является эффективным методом лечения СНМ у женщин, эффективность которого составляет 93%.

Для прохождения кривой обучения хирургу необходимо выполнить не менее 30 операций трансбураторным доступом. Наличие генитального пролапса(который одновременно не устраняется) ухудшает результаты лечения СНП. При этом снижается эффективность коррекции СНМ с 97,3% до 86,1%, увеличивается количество осложнений.

Что диктует необходимость учитывать и выполнять одномоментную коррекцию генитального пролапса при сочетании СНМ и ПГ.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИБРОТЕННЫХ СТРИКТУР МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Шамраев С.Н., Козачихина С.И., Кнышенко А.Н.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии
им.В.К.Гусака НАМН Украины», г.Киев

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Красный Лиман

Проблема выбора лечения приобретенной стриктуры уретры (ПСУ) в настоящее время является актуальной, т.к. данный вопрос остается дискуссионным в различных европейских и отечественных школах урологии. Первым в выборе лечения непротяженных стриктур мочеиспускательного канала (МИК) является ВОУТ (при послеоперационных и поствоспалительных стриктурах протяженностью до 1,5 см, локализующихся в области бульбозного, мембранозного и простатического отдела уретры) [4]. Кроме того, данные литературы свидетельствуют о том, что радикальным способом лечения ПСУ остаются разные виды открытых хирургических вмешательств, таких как: уретро-уретральный анастомоз (УУА), буккальная пластика уретры (БПУ), пластика кожно-фасциальным лоскутом (ПКФЛ), дезоблитерация уретры (ДОУ) [2-5].

Целью данной работы была: оценка ближайших результатов эффективности различных современных методов хирургического лечения ПСУ.

Материал и методы. В клинике на базе кафедры урологии в период с 2003 по 2012гг. выполнены 512 эндоскопических и открытых операций у 383 больных со стриктурой уретры (СУ). Пациенты разделены на группы по виду хирургического лечения СУ: I гр. – 464 (90,6%) пациентов с ВОУТ, II гр. – 39 (7,6%) наблюдений с УУА (операции Хольцова или Соловова), III гр. – 6 (1,2%) больных, которым выполнена ПКФЛ, IV гр. – 9 (1,7%) наблюдений ДОУ, V гр. – 8 (1,5%) пациентов, перенесших БПУ.

Все исследуемые мужского пола в возрасте от 13 до 85 лет, средний возраст составил 49±1,5 лет. Сроки наблюдения составили от 3 до 12 мес (в среднем – 7,5±1,5 мес). Больные обследованы согласно принятым стандартам оказания урологической помощи («Приказ МОЗ Украины № 330»). Локализацию и длину стриктуры, степень спонгиоза оценивали по результатам ультрасонографии и ретроградной уретроцистографии.

Цифровой материал математически обработан с помощью метода вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Отличие между сравниваемыми средними величинами (p) считали существенным и статистически достоверным, если $p < 0,05$ (статистический пакет Med Calc Soft Ware bvba 2012).

Результаты и их обсуждение. Клиническими проявлениями стриктуры МИК были симптомы нижних мочевых путей. Легкая степень симптоматики отмечена у 43 (11,2%), средняя степень – у 374 (97,6%), тяжелая – у 64 (16,7%). С явлениями полной задержки мочеиспускания госпитализированы 148 (38,6%) пациентов, которым как I этап лечения отведена моча путем троакарной эпицистостомии. В 98 (25,6%) случаях стриктура уретры явилась следствием специфического и неспецифического воспалительного процесса мочеполовой системы. Однако, в настоящее время число СУ, возникающих в результате перенесенной ранее инфекции, передаваемой половым путем, отходит на второй план. Все чаще этиология стриктур носит травматический и (или) ятрогенный характер (158 пациентов (41,2%) - травматическое повреждение, 151 (39,4%) - послеоперационные стриктуры). Рецидивная форма стриктурной болезни МИК имела место у 263 (68,6%) пациентов, из них 87 (22,7%) перенесли различные виды хирургических вмешательств на уретре в других лечебных учреждениях: 18 (4,7%) больных после открытых пластик уретры (УУА, ПКФЛ, БПУ), 41 (10,7%) после радикальной простатэктомии, 28 (7,3%) ранее выполнялась чрезузрырная или позадилоная простатэктомия. После эндоскопических манипуляций рецидив возник у 126 (32,8%) пациентов, из них: у 81 (21,1%) после ВОУТ, после трансуретральной резекции (ТУР) простаты и шейки мочевого пузыря у 39 (10,2%) и 6 (1,6%) пациентов, соответственно. У 24 (6,3%) больных стриктура развилась идиопатически. В анамнезе такие больные указывали на перенесенные травмы таза и промежности, длительную (>2 недели) или неоднократную катетеризацию мочевого пузыря, бужирование уретры более 3 месяцев.

В I гр. 99,2% составили СУ, которые локализовались в простатическом или мембранозном отделе, а их протяженность варьировала от 0,5 до 2 см в 61,9% наблюдений, во II гр. – 10,2% и 7,8%, соответственно, в III гр. 1,3% сужений с локализацией в пенильном или бульбозном отделе,

протяженностью > 3 см – в 2,3% случаев, в IV гр. 1,04% СУ локализовались в мембранозном отделе, протяженность < 1 см составила 1,6%.

Время выполнения непосредственно рассечения стриктуры как самостоятельного вмешательства обычно не превышало 5-25 минут во время ВОУТ, 25–35 минут во время ДОУ, 40–98 минут – УУА. Общее время хирургического вмешательства увеличивалось до 140 - 195 минут при ПКФЛ и БУП, за счет большей технической сложности данных видов коррекции СУ. Сроки дренирования уретры составляли 4–20 суток. Из них до 5 суток катетер был установлен у 101 (26,4%) пациента, в сроке 5–10 суток – у 235 (61,3%), более 10 суток (10–20 суток) – у 86 (20,1%). Выбор размера катетера варьировал и составил у 89 (23,2%) – 16Ch (длина стриктуры уретры > 2 см), 18Ch – 109 (28,4%, 1 < 2 см), 20Ch – 70 (18,3%, 1 < 1 см).

ВОУТ отличает наименьший период п/о госпитализации (8,0 сут), что на 62,1% меньше чем при открытых УУА, на 13,9% - чем при БПУ/КФЛ, на 8,3% - чем при ДОУ. Такая же тенденция имеется и во времени восстановления мочеиспускания: ВОУТ – 11,7 сут, УУА – 19,3 сут, БПУ/КФЛ – 14,2 сут, ДОУ – 15,2 сут.

Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня составила 14,5±1,5 дней.

Осложнениями эндоскопических и открытых коррекций СУ были: острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) - 10 (2,6%) наблюдений, орхоэпидидимит - 18 (4,8%), промежностный затек - 2 (0,3%), рецидив стриктуры после ее первичной коррекции - 130 (34,1%). Положительные результаты после «первичной» ВОУТ показали 254 (66,3%) пациентов. У 129 (33,7%) больных наблюдались рецидивы СУ, причем повторно ВОУТ проводилась 81 (21,1%) пациентам, а 48 (12,5%) пациентам ВОУТ проводилось после проведенных ранее открытых уретропластик (соответственно, этим пациентам нужно выбирать другой метод коррекции стриктурной болезни уретры). Большая часть пациентов (85,5%) мы наблюдали с локализацией сужения в дистальных отделах (мембранозный, простатический отделы), протяженностью не >2 см и выраженностью спонгиоза (2-3 ст.). Суммарная эффективность эндоскопического лечения стриктур уретры с учетом этих данных (включая повторные ВОУТ) составила 89%, что является доказательством высокой ее эффективности, когда строго учтены показания к проведению ВОУТ.

Вывод. Таким образом, надеяться на 80% эффективность эндоскопического лечения СУ можно при выполнении 2 ВОУТ при протяженности сужения не >2 см, следовательно, когда длина СУ > 2 см эффективность ВОУТ снижается на 31,5%. При возникновении рецидива в третий или четвертый раз необходимо индивидуально определять дальнейшую тактику ведения больного (открытая уретропластика с применением буккального свободного лоскута или кожно-фасциального лоскута на ножке, повторные уретротомии с установкой уретрального стента) [3-5].

Литература

1. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Салюков Р.В., Фахредин Г.А. Отдаленные результаты эндоскопического лечения стриктуры уретры/Урология.-2007. -№5.-С.27–32.
2. Шамраев С.Н. Модификация позадилобковой простатэктомии: Автореф. дис... к.мед.н. – Донецк: «Каштан», 1999. -с.16.
3. Коган М.И. Стриктуры уретры у мужчин.–М.: «Практическая медицина».–2010.-136с.
4. Mathur R., Aggarwal G., Satsangi B., Khan F., Odiya S. Comprehensive analysis of etiology on the prognosis of urethral strictures. Int. Braz. J. Urol. 2011;37(3):362-370.
5. Wong S., Aboumarzouk O., Narahari R., O’Riordan A., Pickard R. Simple urethral dilatation, endoscopic urethrotomy, and urethroplasty for urethral stricture disease in adult men/ Eur. Urol.–2012.–Vol.43.- P.658–675.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕФРОЛОГИИ, ТРАНСПЛАНТАЦИИ И ДИАЛИЗА

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ МИЕЛОМНОЙ НЕФРОПАТИИ В СТРУКТУРЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Андоньева Н.М., Грушка М.А., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Множественная миелома — наиболее частое заболевание среди плазмоклеточных опухолей, развитие которых связано с пролиферацией и накоплением иммуноглобулин-секретирующих терминально дифференцированных моноклональных В-клеток. Множественная миелома является заболеванием системы крови, относящимся к парапротеинемическим лейкозам. Своё название заболевание получило в связи с преимущественной локализацией процесса в костном мозге.

Множественная миелома относится к достаточно частым заболеваниям системы крови. Ежегодно регистрируется до 30 новых случаев на 1 млн. населения. В Украине заболеваемость множественной миеломой составляет 24 случая на 1 млн. человек. Частота заболеваемости множественной миеломой в последние десятилетия, наряду с неходжкинскими лимфомами и острыми миелобластными лейкомиями, заметно возрастает. Миеломная болезнь может длительно протекать бессимптомно, сопровождаясь лишь увеличением СОЭ в общем анализе крови.

Миеломная нефропатия, которая является своеобразной формой нефротического синдрома, одна из самых частых и значимых неблагоприятных прогностических признаков при этом заболевании. Что касается патогенеза миеломной нефропатии, то он заключается прежде всего в повреждении почечных нефронов патологическими (аномальными) белками - парапротеинами. Учитывая это, миеломная нефропатия по своему происхождению рассматривается как классический пример "нефроза выделения".

Специфическим для истинной миеломной почки считается отложение преципитатов патологических миеломных белков в дистальных отделах канальцев с закупоркой и повреждением последних. При этом синтезируемые миеломными клетками микромолекулярные белки Бенс-Джонса поступают в ток крови, достигают почек и легко проходят через неповрежденный клубочковый фильтр.

Клиника миеломной нефропатии характеризуется нарастанием устойчивой протеинурии и прогрессированием почечной недостаточности с развитием олигурии, анурии, азотемии.

Поставить диагноз миеломной нефропатии очень трудно, особенно в тех случаях, когда она является первым либо основным синдромом миеломной болезни. Поражение почек, сопровождающееся изолированной и стойкой протеинурией, часто протекает под маской гломерулонефрита, амилоидоза или пиелонефрита и диагноз миеломной болезни ставят уже тогда, когда появляются патологические переломы.

Наличие «миеломной почки» следует заподозрить во всех случаях нефротического синдрома неясной этиологии (отсутствие в анамнезе ангины, острого гломерулонефрита, заболеваний, ведущих к развитию амилоидоза и т.д.), появляющегося у людей пожилого возраста и не сопровождающегося гематурией, гипертензией при наличии высокой СОЭ, гиперкальциемии, значительной анемии, которая не может быть объяснена нарушением функции почек.

Течение миеломной нефропатии, как и самой миеломной болезни, хроническое, неуклонно прогрессирующее, с развитием хронической почечной недостаточности, которая примерно в 1/3 случаев является непосредственной причиной смерти.

Однако современные возможности диагностики и лечения позволяют эффективно оказывать помощь пациентам даже в случае развития тяжелого повреждения почек, что демонстрируют следующие клинические наблюдения множественной миеломы, выявленной в стадии терминальной почечной недостаточности.

Больная 65 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение с жалобами на значительную мышечную и общую слабость, учащение мочеиспускания, тошноту, похудание, боли в грудном и поясничном отделе позвоночника. В течение последних 3-х лет отмечает никтuriю, выявлена АГ (160/100 мм рт ст). Участковым врачом диагностирован остеохондроз, назначены НПВС, которые принимала в течение 3 мес без эффекта. Экстренно прооперирована по поводу ущемленной паховой грыжи, при обследовании выявлены анемия (Hb 45 г/л), СОЭ 70 мм/ч, азотемия (креатинин крови 763 мкмоль/л СКФ=13мл/мин). Переведена в нефрологическое отделение с диагнозом: ХБП V стадия, хронический гломерулонефрит, нефрогенная анемия. Начата заместительная почечная терапия перитонеальным диализом и симптоматическая терапия.

При дальнейшем обследовании выявлено уменьшение размеров и паренхимы обеих почек, а также наличие массивной протеинурии (7 г/сут) при нормальном уровне альбуминов и общего белка крови и отсутствии изменений мочевого осадка, множественные патологические переломы грудного отдела позвоночника, что объясняло выраженный болевой синдром.

Учитывая наличие костных деструкций, синдрома белковой патологии в сочетании с нефропатией, заподозрена миеломная болезнь, что подтвердилось при исследовании стернального пунктата (61% плазмочитов). Диагностирована множественная миелома, диффузно-очаговая форма, миеломная нефропатия, ХБП V стадии, компрессионные патологические переломы Th4, Th6, Th9, Th10, Th11 позвонков, анемия тяжелой степени.

Начата специфическая терапия основного заболевания: комбинированная полихимиотерапия: велкейд 2,0 мг/м² в/в капельно; дексаметазон 20 мг в сочетании с ЗПТ. Самочувствие улучшилось: уменьшились слабость и одышка, появился аппетит, уменьшились азотемия и анемия.

В описанном случае причиной поздней диагностики множественной миеломы явились первоначальная неверная оценка болей в позвоночнике, недооценка массивной протеинурии и гематологических изменений. Несмотря на позднюю диагностику и пожилой возраст пациентки, адекватная терапия в сочетании с почечнозаместительной терапией привела к улучшению клинико-гематологических показателей даже при тяжелом повреждении почек.

Больной К., 53 года, поступил в клинику 4 года назад с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшей нагрузке, локальные боли в тазобедренном и плечевом суставах слева, тошноту, рвоту, периодически возникающие отеки на правой руке.

Из анамнеза: в возрасте 28-ми лет при проведении планового обследования было выявлено повышение АД до 140/90 мм рт. ст., была рекомендована немедикаментозная терапия. Далее при периодическом наблюдении отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст.

13 лет назад после перенесенного ОРВИ появились гематурия, отеки и стойкое повышение АД. При обследовании в отделении нефрологии было выявлено повышение СОЭ до 65 мм/ч. Отмечалась гиперхолестеринемия 6,5 ммоль/л, суточная протеинурия составляла – 1,6 г с сохранной скоростью клубочковой фильтрации – 80 мл/мин. При УЗ-исследовании структурной патологии внутренних органов не выявлено. Деструктивных изменений костей черепа и таза также не наблюдалось. На основании полученных данных был выставлен диагноз: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма. При обследовании в динамике через 3 года отмечено нарастание степени протеинурии до 4,1 г/сут с сохранной азотовыделительной функцией почек (креатинин сыворотки крови – 83 мкмоль/л). В ОАК: гемоглобин – 162 г/л, СОЭ составила 30 мм/ч.

При дальнейшем наблюдении отмечено увеличение подчелюстных лимфатических узлов и повышение креатинина сыворотки крови до 259 мкмоль/л. Тогда же было выявлено снижение СКФ до 27,3 мл/мин и гемоглобина до 117 г/дл. СОЭ составила 78 мм/ч. Однако при исследовании мочи белок Бенс-Джонса обнаружен не был. На фоне проводимой терапии сохранялись стабильное повышение СОЭ, креатинина сыворотки крови и анемия, несмотря на прием рекомбинантного человеческого эритропоэтина. После перенесенной нижнедолевой пневмонии с нарастающими признаками почечной недостаточности пациент поступил в нефрологическое отделение.

При осмотре выявлены бледность, сухость кожи и слизистых оболочек, дефицит массы тела (65 кг при росте 182 см), ортопноэ, отеки на голенях, стопах, в правой верхней конечности и передней брюшной стенке. Увеличенные лимфоузлы подчелюстной области слева, не спаянные с кожей, безболезненные, туго-эластичной консистенции. АД – 130/80 мм рт. ст.

При обследовании в ОАК выявлены: признаки анемии (эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 68 г/л, цветной показатель – 0,8, ретикулоциты – 8%, гематокрит – 20%), повышение СОЭ – 70 мм/ч, лейкоцитоз – до $9,9 \times 10^9$ /л с палочкоядерным сдвигом влево до 12%. Морфология эритроцитов характеризовалась уменьшением среднего диаметра эритроцитов до 4,3 мкм². Содержание железа в сыворотке крови составило 7 мкмоль/л.

На фоне терапии рекормоном и препаратами железа в динамике повышение уровня гемоглобина не отмечалось, сохранялось повышение СОЭ – до 75 мм/ч. Лейкоцитоз на фоне антибактериальной терапии несколько уменьшился до $9,0 \times 10^9$ /л, со снижением палочкоядерных клеток до 8%. В общем анализе мочи выявлено снижение удельного веса (1007), протеинурия (2,6 г/л), цилиндрuria и белок Бенс-Джонса. В динамике, несмотря на проводимую терапию, отмечалось нарастание протеинурии до 7,5 г/л и лейкоцитурии до 6 тыс. в 1 мл мочи.

Кроме того, наблюдались гиперкалиемия (6,6 ммоль/л), азотемия (креатинин 654 мкмоль/л), падение СКФ до 11,63 мл/мин и прирост суточной протеинурии до 8,3 мг.

При электрофорезе белков сыворотки крови на фоне нормального содержания общего белка отмечалось снижение фракции альбуминов и повышение глобулинов за счет b- и g-глобулинов. Было проведено исследование показателей иммунного статуса, где отмечалось значительное повышение концентрации в крови Ig G – 28,0 мг/мл (норма – 5,3–16,5 мг/мл), при умеренном увеличении содержания Ig M до 3,0 мг/мл.

Учитывая обнаружение белка Бенс-Джонса в моче для исключения миеломной нефропатии больному была проведена рентгенография плоских костей и компьютерная томография костей таза, где в боковой проекции черепа выявлены множественные очаги деструкции различной величины в передней, средней и задней ямках. Локальных патологических образований в тазобедренных суставах и позвоночнике обнаружено не было.

В последующем больному после консультации гематолога проведена стерильная пункция. При исследовании костного мозга отмечалось увеличение числа плазматических клеток до 38% на фоне обильного клеточного пунктата и выраженного сужения гранулоцитарного ростка костного мозга, а также обнаружение продуктов катаболизма легких цепей иммуноглобулинов, происходящих в почках, что позволило выставить следующий клинический диагноз: Множественная миелома IIIВ, терминальная стадия, хроническая болезнь почек V стадии.

Больной был переведен в стационар гематологического профиля. В гематологическом центре была проведена специфическая терапия с использованием химиотерапии комбинированного режима. В дальнейшем в связи с нарастающей азотемией пациент был переведен в отделение гемодиализа.

Представленные наблюдения свидетельствуют о возможностях диагностики множественной миеломы с поражением почек при наличии нефротического синдрома, который на догоспитальном этапе рассматривался как вариант другой патологии

КАРДИАЛЬНЫЕ РИСКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Поляков Н. Н., Грушка М.А., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Сахарный диабет (СД) – это широко распространённое заболевание, которым страдает около 2 % населения Украины. Наибольшую угрозу для жизни больных СД представляет диабетическое поражение почек: смерть от уремии наступает у каждого второго-третьего больного сахарным диабетом I типа и каждого четвертого больного сахарным диабетом II типа, а наиболее часто последние умирают от сердечно-сосудистых осложнений. Но факторы риска развития хронической болезни почек (ХБП) и сердечно-сосудистых заболеваний во многом совпадают, особенно на стадии почечно-заместительной терапии, а количество таких пациентов в 12 раз выше среди больных СД. Таким образом, методом выбора почечно-заместительной терапии, способным минимизировать кардиальные риски, обусловленные СД, является перитонеальный диализ (ПД), что предопределено его преимуществами, связанными с хорошей сердечно-сосудистой толерантностью, контролем гликемии и калия в плазме. Тем не менее, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД на ПД превышает таковую у пациентов с другой нозологией. Наше исследование было посвящено изучению кардиальных рисков у пациентов, страдающих СД на ПД.

Материалы и методы. На базе отделения нефрологии и перитонеального диализа ОКЦУН им. В.И.Шаповала нами обследовано 80 пациентов с ХБП, получающих терапию ПД, среди них 34 мужчин 46 женщин в возрасте от 22 до 76 лет (медиана 47,3±1,1г.). Длительность диализной терапии составила от 24 до 84 месяцев (медиана 36,0±4,7мес.). По нозологии 12,5% составили пациенты с СД. Процедура ПД была адекватна у всех пациентов (показатели адекватности определялись с помощью компьютерной программы «PD Adequest»). Всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, исследования фосфорно-кальциевого и липидного обменов, гликозилированного гемоглобина (как показателя степени компенсации углеводного обмена), ЭКГ-исследования, доплерэхокардиографические исследования (для выявления характерных признаков ишемической дилатационной кардиомиопатии: бивентрикулярной дилатации; умеренной или выраженной митральной регургитации; зон гипокинезии или акинезии; кальцификации аортального или митрального клапанов) и ЭКГ-нагрузочные велоэргометрические пробы (с целью диагностики безболевого ишемии миокарда).

Результаты и обсуждение. Кардиальные риски у больных СД на ПД детерминированы группами факторов, к которым относятся классические (артериальная гипертония, дислипидемия, курение, гиподинамия), обусловленные СД (глюкозотоксичность, инсулинорезистентность) и ХБП (водно-электролитные нарушения, анемия, гиперфосфатемия, гиперпаратиреоз, уремические токсины). Наслаиваясь друг на друга, эти факторы способствуют прогрессированию атерогенеза с формированием нестабильных атеросклеротических бляшек и артериолосклероза. По данным литературы, при начале диализной терапии частота развития де novo ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности (СН) и гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) в 2-3 раза выше у больных СД, что не противоречит полученным нами результатам. В динамике через 12 месяцев после начала исследования у четырёх пациентов (5%) были выявлены клинические и ЭКГ признаки стенокардии напряжения различных функциональных классов (из них двое – это пациенты с СД I и II типа). Трое пациентов (3,8%) перенесли острый Q-негативный инфаркт миокарда (все трое пациенты с СД II типа, у которых в дебюте терапии ПД, по данным ЭКГ-нагрузочной велоэргометрической пробы диагностирована безболевая ишемия миокарда, а по данным доплерэхокардиографического исследования – концентрическая ГМЛЖ, диастолическая дисфункция (ДД) I типа и кальцификаты на митральных клапанах). При аутопсии у двух пациентов с Q-негативным острым инфарктом миокарда выявлены атеросклеротические изменения венечных артерий с сужением просвета от 70 до 85%, как проявление атеросклеротического артериосклероза. Наиболее выраженные достоверные метаболические изменения оказались у пациентов с безболевым ишемией миокарда: высокие показатели триглицеридов (ТГ) - $2,7 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,05$); фосфорно-кальциевого произведения ($P \times Ca$) - $5,4 \pm 0,7$ ($p < 0,01$), что коррелировало с процессами кальцификации сердечных клапанов; а также уровень гликозилированного гемоглобина выше 7,5%, что соответствовало недостаточно компенсированному углеводному обмену (у большинства из этих пациентов течение СД было лабильным). У больных, страдающих стабильной стенокардией, нами выявлены наиболее выраженные изменения липидного обмена: повышение липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) - $3,1 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,01$) и ТГ - $2,2 \pm 0,8$ ($p < 0,01$).

Таким образом, наше исследование подтвердило, что кардиальные риски наиболее высокие у пациентов с СД на ПД и обусловлены в большей степени склеротическим поражением меди венечных сосудов, сопровождающимся сужением их просвета, а также кальцификацией клапанов сердца, инициированными нарушениями фосфорно-кальциевого и липидного обменов, характерными как для СД, так и для ХБП.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Грушка М.А., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

ИБС - одна из основных причин кардиальной патологии у пациентов с ХБП на ПД, которая, даже на фоне адекватной почечно-заместительной терапии, имеет тенденцию к прогрессированию, проявляющемуся острым коронарным синдромом или хронической сердечной недостаточностью. При изучении особенностей метода ПД были выделены наиболее значимые для данного вида диализа факторы коронарных рисков, к которым относятся дислипидемия и хроническое системное воспаление, играющие большую роль в процессах атерогенеза, включая инициацию атерогенного процесса, развитие повреждения сосудистой стенки, нестабильность атеромы и возникновение тромботических осложнений.

К основным медиаторам системной воспалительной реакции относятся: ФНО α , который способен «запустить» каскад синтеза провоспалительных цитокинов, в том числе ИЛ-1 β , вызывающего пролиферацию макрофагов, и ИЛ-8, стимулирующего направленную миграцию нейтрофилов к очагу повреждения сосудистой стенки и активирующего пролиферацию эндотелиоцитов и гладкомышечных клеток в повреждённой сосудистой стенке. Инициатором воспаления в данном случае являются модифицированные в ходе окислительного стресса липопротеины, которые являются также транспортными системами для некоторых белков острой фазы воспаления, а именно, СРБ, САА и апо(a1)-липопротеинов, которые обладают высокой тропностью к липидам и циркулируют в крови в ассоциации с разными классами липопротеинов.

Более вероятно, что в острой фазе воспаления, гепатоциты секретируют в кровь не липопротеины, а уже функциональные комплексы: ЛПОНП-СРБ и апо(a1)-ЛПВП-САА.

Целью настоящего исследования явилось изучение значения провоспалительных интерлейкинов и белков острой фазы воспаления как факторов прогрессирования ИБС у пациентов с ХБП на ПД.

Материалы и методы. Нами обследовано 80 пациентов, получавших терапию перитонеальным диализом на протяжении от 12 до 108 месяцев (медиана - 36 месяцев), средний возраст которых составил $47 \pm 1,8$ лет. Из них 39 женщин и 41 мужчин. Пациенты распределились по нозологическим единицам следующим образом: 51 (63,7%) - пациенты с хроническим гломерулонефритом; 13 (16,3%) - пациенты с поликистозом почек; 11 (13,8%) - пациенты с диабетическим гломерулосклерозом; 3 (7%) - пациенты с гипертонической болезнью, нефроангиосклерозом; 2 (2,5%) - пациенты с хроническим пиелонефритом. В рамках данной работы всем пациентам проводились общеклинические и иммунологические исследования, включающие определение ИЛ-1 β , ИЛ-8 и ФНО- α , а также определение белков острой фазы воспаления (СРБ и САА-1) иммуноферментными методами; определялись показатели липидного обмена методом колометрической фотометрии; оценивались показатели фосфорно-кальциевого обмена (содержание фосфора; кальция, скорректированного по альбумину; и-ПТГ; рассчитывалось фосфорно-кальциевое произведение). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета статистических программ для персонального компьютера STATISTIKA6.

Результаты исследования и обсуждение: Для диагностики прогрессирования ИБС доплерэхокардиографические исследования проводились в динамике ежегодно с расчётом систолического утолщения стенки миокарда левого желудочка для выявления безболевого ишемии миокарда. Тревожным сигналом несоответствия потребности миокарда в кислороде и его кровоснабжении является ангинозная боль, но 50-75% эпизодов ишемии миокарда являются безболевыми, что связывают с нарушением чувствительности внутрикардиальных нервных окончаний вследствие нейропатии, развивающейся, в том числе при токсическом действии некоторых цитокинов при ХПН. Прогностически неблагоприятно, так как у трети больных ИБС с безболевым ишемией миокарда, инфаркт миокарда развивается в 5-6 раз чаще, в 1,5 раза выше риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). За период динамического наблюдения за больными в нашем исследовании ни у одного из пациентов не появилось клинических и ЭКГ признаков стабильной стенокардии *de novo* или увеличения функционального класса уже имеющейся стабильной стенокардии, но пятеро - перенесли острый инфаркт миокарда. При эхокардиографическом исследовании, проведенном за 1-3 месяца до перенесенного инфаркта миокарда, у всех пациентов имели место концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка и наличие кальцинатов на створках митрального клапана.

В прогрессировании ИБС у пациентов с ХБП на ПД весомую роль играет системная воспалительная реакция, как один из основных механизмов атерогенеза, для всех стадий которого, от момента формирования начальных изменений до развития осложнений характерно присутствие маркеров воспаления – провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1 β ; ИЛ-8; ФНО- α) и белков острой фазы воспаления (СРБ и САА).

Полученные нами показатели интерлейкинов у всех пациентов в динамике оказались практически идентичными исходным показателям, за исключением пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, у которых за 1-2 месяца до острого коронарного события исходно высокие уровни ФНО- α - $13,2 \pm 0,5$ ($p < 0,01$) и ИЛ-1 β - $12,9 \pm 0,09$ ($p < 0,01$) пришли к норме, так же как и значения СРБ. Наиболее выраженные достоверные иммунологические и метаболические изменения наблюдались у пациентов с безболевым ишемией миокарда: высокие показатели ИЛ-8 - $71,3 \pm 1,6$ ($p < 0,05$); САА - $2,5 \pm 0,9$ ($p < 0,05$); ТГ - $2,7 \pm 0,9$ ($p < 0,05$); Р $\times$ Са - $5,4 \pm 0,7$ ($p < 0,01$). Идентичные, но несколько ниже по значениям, они были и у пациентов с ишемической дилатационной кардиомиопатией. У больных, страдающих стабильной стенокардией, нами выявлены наиболее выраженные изменения липидного обмена: повышение ЛПНП - $3,1 \pm 0,8$ ($p < 0,01$) и ТГ - $2,2 \pm 0,8$ ($p < 0,01$). У пациентов, не имеющих признаков ИБС, показатели иммунологического и костно-минерального обмена были в пределах нормы, кроме ЛПВП-1, $1 \pm 0,7$ ($p < 0,5$), низкие значения которых наблюдались у всех пациентов. Полученные нами данные совпадают с результатами проспективных исследований ЕСАТ, а также Johnson B.D. и соавторов, которые подтвердили важную роль САА в патогенезе атеросклероза, прогрессировании хронической ишемической болезни сердца, но не как предиктора острых сердечно-сосудистых случаев

Заключение: Системная воспалительная реакция у пациентов с ХБП на ПД как фактор прогрессирования ИБС тесно связана с дислипидемией и сосудистой кальцификацией на фоне нарушений минерального и костного обменов. Среди провоспалительных интерлейкинов и белков острой фазы воспаления, комбинация высоких показателей ИЛ-8, САА с гипертриглицеридемией и высоким фосфорно-кальциевым произведением может служить фактором прогрессирования хронической ИБС с развитием ишемической дилатационной кардиомиопатии и сердечной недостаточности. Предикторами острых коронарных рисков могут быть повышение ФНО- α , ИЛ-1 β и СРБ за 1-2 месяца произошедшего острого коронарного события.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Грушка М. А., Лесовая А. В., Олянич С.А., Валковская Т.Л.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Амилоидоз – мультисистемное заболевание, вызванное внеклеточным отложением патологических волокон в результате агрегации аномального белка. При этом патологический белок является иммуноглобулином или белком легких цепей. В группу ALамилоидоза включают также первичный (идиопатический) амилоидоз. Все клинические формы ALамилоидоза обусловлены единым этиологическим фактором – В-лимфоцитарной дисплазией, характеризующейся формированием аномального клона плазматических или В-клеток в костном мозге, которые продуцируют иммуноглобулины. Наиболее тяжелую и разнообразную клиническая картина отмечается у больных AL амилоидозом, для которого характерно генерализованное поражение.

Ведущими жалобами у таких больных становится одышка различной степени, ортостатический коллапс, синкопальные состояния, обусловленные сочетанием с амилоидозом сердца. Обычно одновременно у больных наблюдаются отеки, обусловленные нефротическим синдромом и в меньшей мере недостаточностью кровообращения, снижение веса. Причиной снижения массы тела является моторная диарея, вследствие амилоидного поражения нервных сплетений кишечника, синдром мальабсорбции.

Поражение почек – ведущий клинический признак ALамилоидоза, выявляют в 80-90% пациентов. Клинически амилоидная нефропатия манифестирует, как правило, изолированной протеинурией и характеризуется неуклонным прогрессирующим течением с последовательной стадий: протеинурическая, нефротическая, стадия ХПН.

Приведенное клиническое наблюдение является яркой иллюстрацией ALамилоидоза с поражением почек.

Больная К. 49 лет, поступила в нефрологическое отделение ХОКЦУН 02.01.2013 г. с жалобами на отеки нижней половины туловища, слабость, урчание, вздутие живота, частый стул.

Из анамнеза известно, что одышка впервые появилась с декабря 2011 года после перенесенной пневмонии. В 2012 г. в декабре госпитализирована в кардиологическое отделение, где обнаружен нефротический синдром. С диагностической целью произведена биопсия слизистой прямой кишки, отложений амилоидных масс не выявлено. Консультирована гематологом, произведена стерильная пункция – данных за миеломную болезнь не выявлено.

Состояние при поступлении тяжелое, бледность кожных покровов, отеки нижней половины туловища. В легких – ослабленное дыхание, границы сердца расширены влево, тоны ослаблены, систолический шум на верхушке, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 62 уд./мин. Живот увеличен за счет асцита, диурез до 1 литра. Лабораторные данные. Анализ крови клинический – Hb – 158 г/л, эр. 5,1, ЦП – 0,9, лейкоц. – $17,5 \cdot 10^9$, СОЭ 10 мм/час, п/я – 8%, с/я 74 %, эоз. – 1 %, лимф. – 12%, мон. – 5.

Анализ мочи клинический: белок 93,9 г/л, уд.вес 1032, эр. 10-15, лейкоц. 7-10, гиалиновые, зернистые, эпителиальные цилиндры. Сахар крови – 4,7 ммоль/л, мочевины 13 ммоль/л, креатинин 72,5 мкмоль/л, общий белок 49,9 г/л. При УЗИ: двусторонний гидроторакс, гепатомегалия, признаки диффузной патологии паренхимы почек.

Больная принимала 64 мг медрол в сутки, также была проведена пульс-терапия салумедролом в дозе 750 мг. Учитывая выраженную гипотонию, одышку, слабость, нефротический синдром, сочетающийся с поражением сердца для уточнения диагноза 12.01.2013 произведена нефробиопсия.

Микроскопически: в микропрепарат окрашенных гематоксилином и эозином, пиррофуксином по Ван-Гизону, и по конго-рот определяется ткань почки с признаками умеренного склероза интерстиция и умеренного полнокровия сосудов мозгового слоя. Эпителиоциты, части дистальных канальцев со светлой цитоплазмой и оттесненными к апикальной части ядрами, в просветах отдельных дистальных канальцев – зернистые и коллоидоподобные массы.

Эпителий проксимальных канальцев с признаками белковой дистрофии, в просветах проксимальных канальцев – аморфные массы, часть клубочков атрофированы, в некоторых утолщены мембраны капилляров. В интерстиции и мезангии некоторых клубочков при окраске гематоксилином и эозином встречаются мелкие гомогенные эозинофильные фокусы, которые при окраске конго-рот окрашиваются в более интенсивный красно-оранжевый цвет, что характерно для амилоидоза.

Несмотря на проведенную терапию состояние больной оставалось тяжелым, сохранялась гипотония, слабость.

Наблюдалось также прогрессирующее ухудшение лабораторных данных: мочевины увеличилась до 24 ммоль/л, общий белок снизился до 4 г/л, протеинурия сохранялась на уровне 5,87 – 23,4 г/л, наблюдались выраженные отеки, одышка, ортостатическая гипотензия.

Учитывая вышеизложенное, у больной был диагностирован первичный амилоидоз (АА-амилоидоз), подтвержденный нефробиопсией. К терапии назначен мелфолан 150 мг/сут. в течении недели 1 раз в полтора месяца и больная была переведена для продолжения лечения по месту жительства.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ И КРИТЕРИИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНАМИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А. Лесовая А. В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Анемия является наиболее ранним и частым осложнением хронической болезни почек (ХБП) и обычно развивается при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 60-40 мл/мин., хотя может наблюдаться и на ранних стадиях почечной патологии.

По данным Astor B. et al известно, что пациенты с хроническими заболеваниями почек и анемией имеют более высокие показатели частоты госпитализаций, сердечно-сосудистых заболеваний, когнитивных нарушений. Ishimura F. et al., установлено, что смертность пациентов на диализе при гемоглобине <80 г/л в 2 раза выше, чем при гемоглобине 100-110 г/л. Ведущую роль в развитии нефрогенной анемии играет недостаточная продукция эритропоэтина, в связи с чем терапия эритропоэтинстимулирующими агентами (ЭСА) остается важнейшей составляющей лечения пациентов с ХБП.

Целью исследования явилось изучение эффективности эритропоэтинов у пациентов с анемией на фоне ХБП, находящихся на перитонеальном диализе (ПД).

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала. В исследовании принимали участие 37 пациентов (16 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 23 до 55 лет (в среднем $38,3 \pm 3,7$ лет) с ХБП V стадии, находящихся на ПД в среднем $44 \pm 5,8$ месяцев (от 6 до 84 месяцев). Адекватность заместительной почечной терапии (ЗПТ) оценивалась КТ/V, который составлял 1,9-2,7. Причины хронической почечной недостаточности (ХПН): хронический гломерулонефрит – у 19 пациентов, диабетическая нефропатия – у 12 пациентов, кистозная болезнь почек – у 6 пациентов.

В фазе коррекции вводился эритропоэтин-бета (Рекормон) подкожно в дозе 20-28 МЕ/кг трижды в неделю до достижения целевого уровня гемоглобина (110-120г/л). В последующем, в фазе поддерживающей терапии проводилась конверсия на эритропоэтин длительного действия (Мирцера) в дозе 75-100 мкг/мес. Продолжительность наблюдения составила 48 недель.

Результаты и обсуждение. В фазе коррекции целевой уровень гемоглобина был достигнут за 16 недель у 28 (76,4%) больных с ХБП. Средний прирост гемоглобина составил $16,4 \pm 4,6$ г/л.

В фазе поддерживающей терапии (32 недели) проводилась конверсия на эритропоэтин длительного действия с более удобным режимом введения. 25 пациентов (68%) получали препарат в дозе 100 мкг/ мес, 9 (27%) – в дозе 75 мкг/ мес. У 3-х (8%) больных с начальным уровнем

гемоглобина 65-68 г/л применение эритропоэтина не дало ожидаемого клинического эффекта. У одного из них диагностирована резистентность к данным препаратам. У двух отмечалось прогрессирование артериальной гипертензии. У 8 пациентов (22%) с диабетической нефропатией отмечалось периодическое снижение чувствительности к препарату, что требовало увеличения дозы эритропоэтина на 25%. Средняя доза бета-эритропоэтина в фазе коррекции составила 5840 ± 1945 МЕ в неделю, в фазе поддерживающей терапии средняя доза стимулятора эритропоэза пролонгированного действия – 96 ± 34 мкг в месяц, что соответствовало результатам аналогичных исследований. 14 (38%) больных с целью коррекции дефицита железа дополнительно в/в вводили сахарат железа 100 мг/нед. На фоне коррекции эритропоэтинами у 28 пациентов (77%) уменьшилась общая слабость, одышка – у 20 (55%), головокружение – у 13 (35%), исчезла тахикардия – у 8 (21%), у 12 (33%) больных нормализовался сон.

Кроме этого, нами было отмечено влияние ЭСА на адекватность ПД. На 12-й месяц лечения эритропоэтинами у больных с ХБП увеличился клиренс креатинина с $73,54 \pm 9,74$ мл/мин. до $98,71 \pm 6,25$ мл/мин., а КТ/V – с $1,71 \pm 0,20$ до $2,1 \pm 0,18$ ($p < 0,05$). СКФ и диурез не изменились, поэтому повышение показателей адекватности диализа проходило параллельно с увеличением ультрафильтрации, что явилось следствием повышения перитонеального клиренса креатинина и мочевины.

Выводы. Проведенное исследование показало, что коррекция анемии эритропоэтинами эффективна у больных с ХБП, получающих заместительную почечную терапию перитонеальным диализом. Целевого уровня гемоглобина достигли 76,4% больных на 15 недели наблюдения, что привело к уменьшению клинических проявлений анемии и улучшению качества жизни больных. Кроме этого, вместе с коррекцией анемии отмечалось повышение адекватности перитонеального диализа. Изучено, что дефицит железа вызывает рефрактерность к действию эритропоэтинов, а также применение стимуляторов эритропоэза требует постоянного контроля артериального давления.

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ.

Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А. Лесовая А. В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Больные, страдающие хронической почечной недостаточностью (ХПН), уже с ее ранних стадий начинают спонтанно ограничивать потребление белков. Ряд авторов установили, что сниженное поступление белков и нарушение их усвоения на додиализной стадии ХПН сопровождается снижением уровня альбумина в плазме крови, которое далее прогрессирует. McCusker и соавт. продемонстрировали связь между уровнем альбумина в плазме крови к началу диализа и результатами диализного лечения. Летальность в течение двухлетнего периода диализной терапии составила 15%, если концентрация альбумина в плазме превышала 35 г/л, но она достигала 39,5% при альбуминемии ниже 30 г/л. Следует отметить, что по данным Held и соавт. перитонеальный диализ (ПД) в этом отношении мало отличается от гемодиализа (ГД).

Накопленный к настоящему времени опыт показывает, что достижение удовлетворительной медико-социальной реабилитации у больных, получающих ПД, зависит не столько от его режима и адекватности, сколько от прогрессирования осложнений ХПН и присоединения сопутствующих заболеваний, среди которых важное место принадлежит белково-энергетической недостаточности (БЭН), под которой понимается не адекватное потребностям обеспечение организма белком и энергией.

По данным различных авторов от 18 до 56% больных с ХПН на ПАПД имеют БЭН: чаще легкой степени – 30–35% и реже тяжелой – 8–17%.

По рекомендациям Европейского общества Парентерального и Энтерального Питания (ESPEN) диагноз состояния недостаточного питания можно поставить на основании следующих показателей: снижение массы тела более чем на 10%, снижение альбумина крови ниже 35 г/л, снижение абсолютного числа лимфоцитов менее 1800 в мл.

Выделяют 2 типа недостаточности питания у больных с ХПН. 1 Тип ассоциируется с уремией, снижением потребления пищи и физической активности, депрессией. Для данного типа характерно нарушение белкового анаболизма, дисфункция анаболических гормонов. Для 2-го типа характерно

наличие у больного синдрома воспаления, сопутствующих заболеваний, повышенного катаболизма белков.

Нутритивным нарушениям придается важное прогностическое значение, поскольку они усугубляют течение основного заболевания, осложняют его коррекцию, оказывают значительное влияние на выживаемость данной категории больных.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала. Нами изучался нутриционный статус у 65 больных (31 женщина и 34 мужчины) с терминальной стадией ХПН, получающих ЗПТ методом ПАПД. Средний возраст больных составил $44,6 \pm 9,7$ лет. Основным заболеванием у 16,2% пациентов был сахарный диабет, у 83,8% - патология почек недиабетического генеза. На момент обследования продолжительность лечения ПАПД составляла 4–86 мес. Остаточная функция почек (суточный диурез ≥ 500 мл) сохранялась у 38 больных; суммарный недельный Kt/V_{urea} колебался в пределах 1,7–3,7 (медиана 2,0).

Определяли больным следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ), кожно-жировая складка над трицепсом (КЖСтр), окружность мышц плеча (ОМП), содержание сывороточного альбумина, абсолютное число лимфоцитов.

Результаты исследования. В период исследования зарегистрировано 12 эпизодов диализного перитонита. Сопутствующая патология была представлена, главным образом кардиоваскулярными заболеваниями (тяжелая артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца) – у 13 человек, вторичным гиперпаратиреозом – у 9 больных, хроническим вирусным гепатитом С – у 4 человек, заболеваниями щитовидной железы (диффузный или узловой аутоиммунный тиреоидит) – у 3 пациентов. Оценка нутритивного статуса выполнена с использованием модификации комплексной методики, включающей 5 параметров – ИМТ, КЖСтр., окружности мышц плеча, содержание сывороточного альбумина, абсолютное число лимфоцитов в 1 мл периферической крови, каждый из которых определялся в баллах от 0 до 3 в зависимости от отношения к общепринятым норм (табл.1).

Согласно нашим исследованиям у 26,1% больных с ХПН, получающих заместительную терапию ПАПД выявлена БЭН, представленная преимущественно легкой степенью тяжести (21%) с преобладанием смешанной формы, которая включает сочетание проявлений небольшого белкового и энергетического дефицита и может рассматриваться как начальный этап в формировании синдрома недостаточности питания.

Спектр нутритивных нарушений у ПД-пациентов разнообразен: отсутствие остаточной функции почек – у 21,4%; высокие и средневысокие транспортные характеристики брюшины – у 19,8%; большая суточная потеря белка с диализирующим раствором – у 13,6%; повторные эпизоды диализного перитонита – у 7,8%; недостаточное потребление нутриентов – у 7,2%; синдром хронического воспаления – у 2,3%.

Табл. 1. Комплексная оценка нутритивного статуса больных с ХПН на ПАПД

Параметры	Нормы	Больные без нарушения питания (n = 48)	Больные с легкой БЭН (n = 14)	Больные со среднетяжелой БЭН (n = 3)
ИМТ, кг/м ²	26,0—19,0	27,1 (24,4; 29,3)	23,8 (22,5; 27,4)	20,5 (18,9; 21,6)*
КЖСтр., мм: — мужчины	10,5—9,5	20,5 (16,5; 24,8)	17 (14,5; 23)	9,5 (8,3; 12)*
— женщины	14,5—13,0	27 (23; 29)	21 (18; 25)	11 (10; 14)*
ОМП, см: — мужчины	25,7—23,0	22,5 (21,5; 24,2)	21 (19,5; 23,9)	21,7 (20; 22,2)*
— женщины	23,5—21	22,6 (20,8; 24,1)	20,2 (18,9; 22,2)	18,2 (17,5; 19,5)*
Альбумин сыворотки, г/л	>35	38 (36; 39)	36 (35; 38)	33 (32; 33)*
Лимфоциты крови, 10 ³ /мл	>1,8	1,7 (1,6; 1,8)	1,5 (1,3; 1,6)	1,3 (1,2; 1,4)*
Баллы	0—1	1 (0; 1)	3 (2; 3)	7 (6; 8)*

* Различия между группами достоверны ($p < 0,001$).

У больных на ПД ввиду дополнительных факторов, приводящих к развитию нарушений питательного статуса, диета изменяется в пользу высокобелковой и с большим потреблением калорий. Так как стандартные диализные растворы содержат глюкозу, следовательно больной с ними получает до 400-800 ккал энергии в сутки. Только 35% калорий должно обеспечиваться за счет углеводов. Потребление жиров должно быть преимущественно за счет моно- и полиненасыщенных. С целью восполнения потерь аминокислот при проведении ПД мы применяем диализный раствор, содержащий аминокислоты (нутринил). Использование нутринила 1 раз в сутки обеспечивает 25% потребности белка и, что очень важно, не несет такой выраженной нагрузки фосфором, как диета с высокобелковой пищей. По показаниям назначаем также незаменимые кето/аминокислоты для восполнения их дефицита.

Согласно последним Европейским рекомендациям по питанию для диализных больных рекомендуемое суточное потребление витаминов: тиамин гидрохлорида (В1) – 1,1-1,2 мг; рибофлавин (В2) – 1,1-1,3 мг; пиридоксин (В6) – 10 мг; аскорбиновой кислоты – 75 – 90 мг; фолиевой кислоты – 1 мг; витамина В12 – 2,4 мг.

При наличии синдрома нарушенного питательного статуса, особенно 2 типа, больным на ПД рекомендуем применение фармакологических средств. Статины, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину II – снижают воспалительную реакцию, СРБ, интерлейкины. Витамины Е, С обладают противовоспалительным эффектом и улучшают функцию эндотелия.

Таким образом, нарушения питания у больных, страдающих хронической почечной недостаточностью и получающих почечную заместительную терапию имеют важное прогностическое значение, поскольку оказывают значительное влияние на выживаемость и уровень реабилитации среди данных групп больных. Состояние белково-энергетического дефицита усугубляет течение основного заболевания, осложняет его коррекцию и значительно сказывается на заболеваемости и смертности.

ЭВОЛЮЦИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Поляков Н.Н., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала», г. Харьков

По данным Фрамингемского исследования (Framingham Offspring Study) признаками метаболического синдрома (МС) является висцеральное ожирение, атерогенная дислипидемия и инсулинорезистентность. Актуальность проблемы МС определяется его распространенностью до 20-40% (Mancia G. et al., 2007), высоким риском развития кардиоваскулярных осложнений (Eberly L.E. et al., 2006), увеличением смертности от ИБС на 40%, от осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа на 27% (Ford E.S., 2005). Одним из важных предикторов кардиоваскулярных осложнений признана гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Основное значение в развитии ГЛЖ при МС имеет систолическое напряжение стенок левого желудочка, увеличение объема циркулирующей крови (ОЦК) и ее вязкости, общее периферическое сопротивление. В последние годы существенную роль в формировании ГЛЖ при почечной патологии играют анемии, которая оказывает неблагоприятное влияние на функциональное состояние сердца, что вдвое увеличивает вероятность риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с МС. По данным Levin A. и соавт., на каждые 10 г/л снижения гемоглобина (Hb), риск развития ГЛЖ увеличивается примерно на 6%.

Актуальной и практически неизученной до настоящего времени остается проблема, касающаяся особенностей взаимосвязи анемического синдрома и структурно-функциональных показателей сердца при МС.

Цель исследования: Изучить эволюцию структурных и функциональных изменений миокарда левого желудочка у пациентов с анемией и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: Обследовано 63 больных с МС (мужчин – 23 (36,6%), женщин – 40 (63,4%)), возраст колебался от 52 до 67 лет (в среднем $58,3 \pm 3,7$). Выделительная функция почек больных была снижена, средний показатель клиренса креатинина (Scr) составлял $26,2 \pm 14,8$ мл/мин. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от уровня гемоглобина (Hb): I группа включала 27 (42,8%) пациентов с уровнем Hb ниже 85 г/л, (средний $79,2 \pm 3,8$); II группа – 22 (34,9%) больных с Hb от 86 – 95 г/л (средний – $92,3 \pm 3,14$); III группа – 14 (22,2%) пациентов с Hb от 96 – 109 г/л

(средний – $101,32 \pm 1,92$). У всех больных имелся абдоминальный тип ожирения – индекс массы тела (ИМТ) 27 кг/м^2 , отношение окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ) у женщин 0,86, у мужчин 0,93.

Всем больным определяли уровень гемоглобина, гематокрита, сывороточное железо, содержание ферритина, трансферрина в сыворотке, уровень паратгормона, сывороточный альбумин, гликозилированный гемоглобин, липидный комплекс, С-реактивный белок, уровень фосфора, кальция в сыворотке. Для контроля изменений со стороны миокарда выполнялось эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ).

Результаты и обсуждение: В результате исследования у большинства пациентов на Эхо-КГ зарегистрированы структурно-функциональные изменения миокарда ЛЖ. При анализе данных показателей установлено, что у пациентов с уровнем Hb ниже 85 г/л значительно увеличились размеры и объемы левого желудочка сравнительно с больными 3 группы. Вместе с этим параллельно прогрессировала ГЛЖ: достоверно увеличивались ТМЛЖ (на 9,5%), ТЗСЛЖ (на 8,9%), ИММЛЖ (на 19,8%) ($p < 0,0001$). По мере снижения гемоглобина наблюдалась четкая тенденция к увеличению частоты гипертрофии миокарда, так при Hb больше 96 г/л она была выявлена у 64% случаев, при Hb от 86 до 95 г/л ГЛЖ диагностирована у 82% больных и 96% отмечено ремоделирование сердца у пациентов с гемоглобином ниже 85 г/л.

Анализ геометрических моделей левого желудочка показал, что эксцентрическая ГЛЖ наблюдалась у 36% больных при уровне Hb ниже 85 г/л сравнительно с 21% при Hb выше 96 г/л, соответственно количество пациентов с концентрическим типом ГЛЖ уменьшилось с 51% до 44% по мере нарастания анемии. Концентрическое ремоделирование ЛЖ практически не зависело от уровня гемоглобина. Это позволяет считать, что анемия способствует преимущественно процессам дилатации над гипертрофией, что подтверждается нарастанием степени конечного диастолического и систолического объемов (КДО, КСО), и, как следствие формирование эксцентрического типа ГЛЖ.

Известно, что конечным итогом структурных изменений в гипертрофированном миокарде становится нарушение его диастолической и систолической функций и развитие застойной сердечной недостаточности. При изучении влияния анемии на трансмитральный кровоток (ТМК) у пациентов с МС следует отметить, что ФВ была снижена ($< 45\%$) у 2 (3,2%) больных, что свидетельствует о систолической дисфункции ЛЖ. Нарушение диастолической функции выявлено у части больных: 49,4% случаев представлено замедленной релаксацией и у 37,6% больных определялся псевдонормальный тип ТМК.

Выводы. Полученные данные позволяют считать, что у пациентов с МС формирование ГЛЖ тесно коррелирует с уровнем гемоглобина и степенью снижения функции почек, так, при умеренном снижении гемоглобина структурные изменения сердца диагностированы в большей половины (64%) больных, а при нарастании анемии ГЛЖ развивается у подавляющего большинства (96%) пациентов. Прогрессирование анемии приводит к более выраженным нарушениям геометрии миокарда, а также оказывает влияние на структуру трансмитрального кровотока.

Таким образом, ранее выявление анемии, структурно-функциональных показателей у больных с МС позволит своевременно и адекватно модифицировать лечение больных и предупредить развитие осложнений ХПН, а следовательно, и снизить смертность в данной категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРГОМОЦИТЕИНЕМИИ, ВТОРИЧНОГО МИТОХОНДРИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С АНОМАЛИЕЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ УРЕМИЕЙ

Андоньева Н.М., Махновская О.Г., Молодан Л.В., Бреславец Ю.Л.

Бронников И.В., Таратута Ю.А., Лесовая А.В.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Харьковский специализированный медико-генетический центр

Харьковский национальный медицинский университет

Уремический синдром представляет собой совокупность патологических состояний, который может развиваться у пациентов с различной патологией, в том числе и генетической, и на протяжении различных стадий может протекать под маской различных заболеваний. Наследственность лежит в основе всех жизненных проявлений. Без явлений наследственности и изменчивости не возможна бы была эволюция жизни на земле.

Понятие «митохондриальные болезни» сформировалось в медицине в конце XX века благодаря открытым незадолго до этого наследственным заболеваниям, основными этиопатогенетическими факторами которых являются мутации генов, ответственных за синтез митохондриальных белков. В целом можно сказать, что изучение болезней, причиной которых являются наследственные нарушения митохондриальных функций, произвело своего рода революцию в современных представлениях о медицинских аспектах энергетического обмена человека. Помимо вклада в теоретическую патологию и медицинскую систематику одним из главных достижений медицинской «митохондриологии» явилось создание эффективного диагностического инструментария (клинические, биохимические, морфологические и молекулярно-генетические критерии полисистемной митохондриальной недостаточности), позволившего оценивать полисистемные нарушения клеточного энергообмена. Все эти нарушения полиморфны, могут иметь различную степень выраженности и представлять интерес для медицинских специалистов самых различных областей – невропатологов, кардиологов, неонатологов, нефрологов, хирургов, урологов, отоларингологов, пульмонологов и врачей других специальностей.

Митохондриальные заболевания обусловлены генетическими, структурными, биохимическими дефектами митохондрий, приводящими к нарушениям тканевого дыхания. Они передаются только по женской линии к детям обоих полов, так как сперматозоиды передают зиготе половину ядерного генома, а яйцеклетка поставляет и вторую половину генома, и митохондрии.

Вторичные митохондриальные заболевания, включающие нарушение клеточного энергообмена как важное звено формирования патогенеза (болезни соединительной ткани, синдром хронической усталости, гликогеноз, кардиомиопатия, мигрень, почечно-печеночная недостаточность панцитопения, а также гипопаратиреоз, диабет, рахит и другие).

Приведено клиническое наблюдение случая гипергомоцистеинемии, вторичного митохондриального синдрома у пациента с аномалией развития мочевых путей, осложнившейся уремией.

Больной Б., 33 года, был доставлен машиной скорой помощи в приёмное отделение Центра 17.02.15 года в ургентном порядке, с жалобами на невозможность самостоятельно помочиться, распирающие боли над лобком, резкую слабость, отсутствие аппетита. Дизурические явления отмечал более 6 месяцев, за медицинской помощью ранее не обращался.

При осмотре урологом выявлен рубцовый фимоз со стриктурой наружного отверстия уретры. После бужирования уретры установлен постоянный катетер (остаточная моча - 1600 мл).

Больной обследован: в клиническом анализе крови: Нb-71 г/л; э - 2,8; л-9,5 (п-6; с-69; л-20; м-4; э-1); в клиническом анализе мочи: уд.вес-1,008; pH-6,0; белок-0,73 г/л; э-3/4 п/зр.; л-50-60 п/зр. В биохимическом анализе крови: мочевины - 91 ммоль/л; креатинин 2924 мкмоль/л; глюкоза - 5,6 ммоль/л; К⁺-7,3 ммоль/л; Na⁺-133,8 ммоль/л; Са²⁺-1,03 ммоль/л; билирубин-7,8 (прямой-3,6) мкмоль/л. Общий белок- 68,1 г/л. При УЗИ (от 17.02.15)- лоханка справа 13 см, слева 11 см, паренхима почек от 0,8 см до 1,3 см. Простата 38 - 33 мм, неоднородная. Артериальное давление: 150/70 - 180/100 мм рт.ст. суточный диурез – 2-3 л. По жизненным показаниям ургентно начаты сеансы разгрузочного гемодиализа, в связи с анемией выполнялись гемотрансфузии. Проведена антибиотикотерапия. 19.03.15 произведена операция - *circumcizio*. Состояние стабилизировалось.

Однако на фоне восстановления диуреза оставалась нарушенной азотовыделительная функция почек, сохранялась анемия, (мочевина 28-35 ммоль/л; креатинин- 800 - 1500 мкмоль/л; Нb- 60-80 г/л).

Больному был установлен диагноз: ХБП V ст.; рубцовый фимоз, острая задержка мочи, 2-х сторонний уретерогидронефроз, хронический цистопиелонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичная анемия.

Принято решение о заместительной почечной терапии - программном гемодиализе. 31.03.15 сформирована артериовенозная фистула в нижней трети левого предплечья.

Наблюдение за пациентом в условиях специализированного центра при совместном участии нефрологов, урологов, реаниматологов привлекло внимание наличием дизрафического статуса у пациента, аномалии со стороны развития конечностей, наружных половых органов, особенности социального статуса, которые вызвали необходимость в консультации врача-генетика.

Больной был направлен в специализированный медико-генетический центр, обследован. На основании жалоб, анамнеза, динамики развития заболевания, особенностей фенотипа, данных клинико-генеалогического анализа, соматического и неврологических статусов, дополнительных методов обследования установлен диагноз: Рубцовый фимоз, острая задержка мочи с исходом в ХБП V ст., состояние после оперативного лечения (*circumcizio*). Гомоцистинурия. Полиморфизм генов

МТНFR, 677CT, MTR, 2756AC, PAI 675(4G/4G). Вторичная митохондриальная дисфункция. Отмечен риск по развитию тромбофилических заболеваний. Начата терапия: кофакторная диетотерапия, витамин В6 по 50 мг утром, фолиевая кислота по 5 мг, коэнзим Q10 30 мг х 3 раза, корилип 1 свеча ректально на ночь.

В результате совместного ведения пациента урологами, нефрологами и специалистами медико-генетического центра была проведена коррекция основного заболевания и сопутствующей патологии. В результате больной был выписан в удовлетворительном состоянии для проведения амбулаторного гемодиализа, продолжается наблюдение в медико-генетическом центре.

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОДИАЛИЗА

Котулевич Н.Я.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

Множественная миелома (ММ) наиболее частое заболевание в структуре парапротеинемий, возникающих в связи с патологической неконтролируемой моноклоновой пролиферацией клеток В-лимфоидного ряда, секретирующих иммуноглобулины и их фрагменты.

Поражения почки весьма характерны для множественных миелом и их спектр включает так называемую миеломную почку (цилиндр-нефропатия), AL-амилоидоз, болезнь депонирования моноклональных иммуноглобулинов, хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Изучение биоптатов почек, полученных после аутопсии или биопсии показывает, что наиболее частым поражением (50-86%) являются цилиндр-нефропатия, AL-амилоидоз встречается реже – 6-24%, болезнь легких цепей – до 19%.

Заболеваемость ММ неизменно увеличивается во всем мире. Этот рост является абсолютным и лишь частично связан с успехами диагностики и увеличением продолжительности жизни этих пациентов. Поражение почек играет важную роль в патогенезе ММ и определяет неблагоприятный прогноз у существенной части больных. Почечная недостаточность занимает второе место среди причин смертности больных с миеломой, после инфекционных осложнений, являющихся следствием выраженного иммунодефицита. Вклад других факторов, повреждающих почки, таких как гиперкальциемия, гипервязкость плазмы, повышение СРБ, гиперурикемия, снижение АД, анемия, усложняют течение болезни.

Почечная недостаточность (ПН) при миеломной нефропатии может быть как острой и обратимой, так и хронической – необратимой. Нередко функция почек после химиотерапии улучшается, но не восстанавливается полностью.

Вопрос об обратимости ПН является чрезвычайно важным. По мнению большинства исследователей, купирование развития ПН является главным фактором, увеличивающим выживаемость. Острая почечная недостаточность (ОПН) составляет 25-58% в структуре ММ. Как правило, функция почки при ОПН восстанавливается в течение 1,5-3 месяцев. Установлено, что обратимость ПН зависит от степени ее тяжести. Восстановление функции почки чаще наблюдается при умеренно выраженной ПН (креатинин в пределах 400 мкмоль/л), невысоком (менее 1 г/сут) количестве экскретируемого белка. Бенс-Джонса. При тяжелой стадии ПН, требовавшей коррекции гемодиализом, улучшение функции наблюдается реже – в 20-29% случаев.

При анализе многолетних данных было установлено, что независимыми предикторами выживаемости являются возраст менее 70 лет, уровень креатинина в дебюте менее 300 мкмоль/л, уровень кальция плазмы менее 2,5 ммоль/л.

Химиотерапия в 60-80% случаев приводит к улучшению или стабилизации почечных функций, если уровень креатина плазмы к началу терапии ниже 400 мкмоль/л. В то же время, если лечение начинается при более высокой гиперкреатинемии, более чем у 80% пациентов развивается терминальная ХПН.

В отделении амбулаторного хронического гемодиализа КУОЗ «ОКЦУН им. В.И. Шаповала» с 2008- по 2014 гг. получало заместительную почечную терапию 8 пациентов, из них 6 мужчин и 2 женщины. Средний возраст составил 54 года (от 39 до 65 лет). У всех пациентов миеломная болезнь дебютировала на фоне почечной недостаточности, что затруднило проведение лечения химиопрепаратами. Двое пациентов: У., 39 лет и С., 41 года, женщины. Течение миеломной болезни протекало с ОПН, анурией, что потребовало частых процедур гемодиализа. Лечение миеломной

болезни проводили в гематологическом центре ХОКОЦ, на гемодиализ больные доставлялись с отделения амбулаторного хронического гемодиализа КЗОЗ «ОКЦУН им.В.И.Шаповала».

Из 8 пациентов на хроническом амбулаторном диализе осталось трое: С., 1952 г.р., Ю., 1947 г.р. и Н., 1953 г.р.

Средняя продолжительность жизни у них составила 48 ± 5 месяцев. Все пациенты находились на постоянном приеме цитостатиков, ГД получали трижды в неделю по 4 часа.

У 4 пациентов на фоне проводимой химиотерапии сохранялись явления гипергидратации, анемия, олигоанурия, что требовало заместительной почечной терапии. Пациенты этой группы погибали на фоне прогрессирования основного заболевания. Средняя продолжительность жизни с момента начала заместительной терапии гемодиализом составляла 3,2 месяца.

Улучшение функции почек на фоне проводимой сочетанной терапии – гемодиализ + химиотерапия отмечено у одной пациентки К., 58 лет, которой было проведено 4 сеанса гемодиализа. Дальнейшее лечение и наблюдение получала в условиях ХОКОЦ.

Известно, что примерно в 10% случаев ММ дебютирует с тяжелой уремией, требующей заместительной почечной терапии (гемодиализ или перитонеальный диализ). Эта категория больных характеризуется тяжелым общим состоянием, частыми осложнениями при проведении химиотерапии, наиболее неблагоприятным прогнозом, высокой ранней летальностью – в нашем наблюдении 3,2 месяца.

Как указывалось ранее, ПН может быть как острой и обратимой, так и хронической – необратимой. Вопрос обратимости ПН при ММ являются очень важным. Купирование ПН является главным фактором, увеличивающим выживаемость. В ряде случаев ОПН обусловлена экстренальными факторами – гиперкальциемией, высокой вязкостью плазмы, дегидратацией, приводящей к снижению скорости клубочковой фильтрации, ишемии и некрозу канальцев. Кроме того, развитию ОПН при миеломной болезни могут способствовать ряд лекарственных препаратов – НПВС, иАПФ, рентгенконтрастные препараты, аминогликозиды, оказывающие прямое токсическое действие на эпителий почечных канальцев, вызывая тубулонекроз.

Признавая участие многих факторов в развитии ПН при миеломной болезни, тем не менее основные значения в патогенезе как ОПН, так и ХБП имеет повреждение различных структур нефрона, секретируемых моноклональным иммуноглобулином и/или его фрагментом. Наиболее часто (около 50%) нефропатий развивается при секреции моноклональных легких цепей.

В большинстве случаев поражаются канальцы – дистальный и проксимальный отделы. Поражение дистального отдела нефрона является типичным поражением почек при миеломной болезни, приводящим к миеломной нефропатии (МН).

Главным звеном в патогенезе МН является секреция плазматическими клетками, моноклональных легких цепей (белок Бенс-Джонса), который вследствие низкой молекулярной массы легко проходит через гломерулярный фильтр в канальцах. При снижении реабсорбции в проксимальных канальцах, «легкие цепи» достигают дистальных канальцев, где связываются с белком Тамма-Хорсфалла, агрегируют и образуют белковые цилиндры.

Образование цилиндров приводит к внутриканальцевой обструкции и утечке содержимого в интерстиций. Этот процесс сопровождается миграцией макрофагов и Т-лимфоцитов с последующей выработкой цитокинов TGF- β , IL-4, TNF- α) индуцирующих тубулоинтерстициальные воспаления и фиброз.

Таким образом, ранняя диагностика, начатое сочетанное лечение – химиотерапия с нефропротекцией, своевременное применение внепочечных методов очищения (гемодиализ, перитонеальный диализ), могут способствовать улучшению показателей выживаемости у больных миеломной болезнью.

КАЛЬЦИНОЗ ТРАНСПЛАНТАТА У ПАЦИЕНТА С ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ И ПОЗДНИМ КРИЗОМ ОТТОРЖЕНИЯ, ДЕМОНСТРАЦИЯ СЛУЧАЯ

Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Поляков Н. Н., Олянич С.А., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Хронические заболевания почек связаны с изменениями кальциево-фосфорного обмена и разнообразными костными нарушениями, которые к началу заместительной диализной терапии развиваются у большинства больных. Внекостная кальцификация (ВК) является широко

распространенным и характерным осложнением ХБП наряду с отклонениями биохимических параметров минерального обмена и патологией костной ткани, остается одним из важнейших клинических проявлений синдрома минеральных и костных нарушений при ХБП. В зависимости от локализации кальциевых депозитов у пациентов с ХБП различают кальцификацию артерий, периартикулярную и висцеральную кальцификацию. Наиболее изученным проявлением ВК являются сосудистая кальцификация, которая по локализации кальцификатов подразделяется на поражение внутренней оболочки (интимы) и средней оболочки (медии). В их развитии участвуют различные механизмы, которые могут развиваться независимо друг от друга, но часто сочетаются друг с другом, особенно у пациентов с терминальной стадией ХБП. Периартикулярная кальцификация, по данным разных авторов, развивается у 0,5-7 % пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии. Висцеральная кальцификация развивается у 21,7% пациентов с терминальной ХБП на перитонеальном диализе.

Механизмы кальцификации при ХБП изучены не полностью, но предполагается вовлечение нескольких процессов, которые могут способствовать развитию или интенсификации кальцификации. К ним относится повышение P и Ca производства, повышение уровня FGF-23 и дефицит белка Клото, утеря экспрессии сократительных белков ГМК сосудов, гибель и появление обломков клеточных мембран и апоптозных телец, которые могут стать первичными очагами отложений апатитов. Таким образом, в настоящее время ВК признается как активный, клеточно-опосредованный процесс с участием фенотипических остеогенных изменений ГМК сосудов наряду с динамическим взаимодействием между индукторами и ингибиторами кальцификации.

Клинические проявления висцеральной кальцификации зависят от локализации и размеров участков кальцификации. Кальцификация сердца может протекать бессимптомно или вызывать симптомы нарушения проводящей системы вплоть до полной блокады сердца. Следствием выраженной кальцификации миокарда могут быть расстройства кровообращения, сопровождающиеся застойными явлениями. Кальцификация оболочек глаза — частый симптом у больных с тяжелой почечной недостаточностью; она может затрагивать конъюнктиву глазного яблока, а также роговицу, где проявляется в виде поверхностной кератопатии. Поражение почек проявляется развитием нефрокальциноза, нефролитиаза и прогрессированием почечной недостаточности.

Далее представлено наблюдение, показывающее редкий случай кальцификации утратившего функцию почечного трансплантата у пациента хроническим гломерулонефритом, получающего заместительную терапию гемодиализом.

Больной П. 49 лет, страдает с 2010 года хроническим гломерулонефритом, подагрой, подагрической нефропатией. С 2011 года в связи с развитием терминальной почечной недостаточности начата заместительная терапия перитонеальным диализом.

18.11.2013 в отделении трансплантации 9-й ГКБ г. Минска выполнена гетеротопическая трансплантация трупной донорской почки в левую подвздошную ямку. Функция трансплантата отсроченная, за период стабильной функции трансплантата пациент получал 4 сеанса поддерживающего гемодиализа. 5.12.2013 – Ревизия раны перед пластикой передней брюшной стенки. Больной выписан 20.12.13 со стабилизированной функцией почек в удовлетворительном состоянии.

25.12.13 госпитализирован в отделение трансплантации почки ОКЦУН с целью уточнения функции трансплантата, отработки дозировок иммуносупрессии и удаления перитонеального катетера. 27.12.13 был удален катетер Тенкхоффа. В послеоперационном периоде без особенностей. Водно- и азотвыделительная функция трансплантата (диурез 1,5-2 л, мочевины крови 11,5 ммоль/л, креатинин крови 157,9 мкмоль/л). При ультразвуковом исследовании трансплантат 12,2x6,0x6,3, паренхима 2,2, корковое в-во 0,9 см, ЧЛС не расширена. 21.01.14 выписан из стационара под наблюдение нефролога.

26.05.14 поступил в отделение трансплантации почки в ургентном порядке с клиникой суточного тромбоза бедренно-подколенного сегмента артерий правой нижней конечности, взят в операционную, произведена тромбэктомия. В связи со снижением диуреза и явлениями тромбоза бедренной-подколенного сегмента заподозрен тромбоз артерии трансплантата, но при ультразвуковом исследовании это не подтвердилось. В связи с нарастающей дисфункцией трансплантата больному 17.06.14 сформирована АВ-фистула нижней трети левого предплечья, больной стал получать заместительную терапию гемодиализом. Дисфункция трансплантата

расценивалась как проявление острого канальцевого некроза и предполагалась возможность восстановления функции почки, в связи с чем трансплантатэктомия не выполнялась.

16.02.15 больной обратился в отделение трансплантации с явлениями макрогематурии, общей слабости. При объективном осмотре трансплантат не напряжен, безболезненный, мочеиспускание свободное, безболезненное, суточный диурез $\approx 100,0$ мл. В клиническом анализе крови – анемия (эр $2,6 \cdot 10^{12}/л$, Hb 81 г/л) При биохимическом анализе крови определяется кальций на уровне 2,12-2,25 ммоль/л, повышение уровня фосфора неорганического до 1,97 ммоль/л. В клиническом анализе мочи эритроциты до $\frac{1}{4}$ п/з

При ультразвуковом исследовании в левой подвздошной области определяется трансплантат 8,5*4,5 см, структура однородная, эхогенность снижена. Сосудистая картина отсутствует.

Данная ситуация была расценена как возможное проявление некроза трансплантата или венозного тромбоза, в связи с чем больной взят в операционную. При операции трансплантат плотной консистенции, багрово-синюшного цвета. Большая часть почки покрыта солевыми напластованиями темно-желтого цвета. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Продолжает получать заместительную терапию методом амбулаторного гемодиализа.

Данное клиническое наблюдение показывает редкий случай висцеральной кальцификации, проявившейся развитием нефрокальциноза утратившего функцию трансплантата, а в последствии некрозом трансплантата, что потребовало выполнения трансплантатнефрэктомии.



Рис. 1. Удаленный трансплантат.



Рис. 2. Удаленный трансплантат при продольном разрезе.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Прогноз качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на перитонеальном диализе (ПД) во многом зависит от сопутствующей патологии, которая зачастую не только усугубляет тяжесть течения основного заболевания, но и приводит к необходимости совместного ведения пациента врачами других специальностей. Злокачественные новообразования (ЗН) и ХБП в настоящее время стали наимасштабнейшими неинфекционными эпидемиями, которые охватили население всего мира. По данным международных регистров каждый 10-й житель планеты страдает ХБП, а риск возникновения онкопатологии в общей популяции превышает 20%.

Ассоциация между терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН) и новообразованиями известна давно. Stewart и соавт. показали, что у пациентов на заместительной почечной терапии новообразования выявляются в 4 раза чаще. Wong и соавт., в Австралии в течение 10 лет наблюдали за 3654 пациентами с ХБП в возрасте 49-97 лет и выявили раковые заболевания у 19,5% из них (711 случаев). Мужчины с ХБП 3 стадии имели повышенный риск новообразований, начиная со скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 55 мл/мин. На каждые 10 мл/мин снижения СКФ риск новообразований возрастал на 29%, и наиболее частыми являлись опухоли мочеполовой системы.

Так, существуют данные, согласно которым у пациентов с хронической почечной недостаточностью, особенно в терминальной стадии, которая требует применения методов почечнозаместительной терапии (ПЗТ), многократно повышается (в 5-100 раз по данным разных исследований) риск развития рака почки. Одновременно доказано, что частота возникновения рака почки направления зависит от продолжительности диализной терапии. Так, по данным обширного исследования, проводившегося в Японии в течение 22 лет, ежегодная заболеваемость раком почки у больных на диализе составляла 191 случай на 100 тыс. пациентов, 112 случаев на 100 тыс. пациентов на диализе продолжительностью менее 10 лет и 438 случаев рака почки на 100 тыс. пациентов на диализе больше 10 лет.

Следовательно, с одной стороны ХБП является независимым предиктором развития новообразований, с другой – у лиц с опухолями почек велик риск развития или усугубления течения ХБП, связанных с проведением лечебных манипуляций по поводу злокачественных новообразований. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, прогрессирующий характер ЗН и ХПБ приводят у значительной части больных к инвалидизации и повышают риск смерти, а наличие этих состояний как коморбидных, особенно в терминальной стадии ХПБ, значительно снижают шансы больного на выживание.

Особенности процедуры ПД, которая требует регулярного мониторинга показателей адекватности проведения процедуры, позволяет своевременно выявить опухолевый процесс. По данным наших исследований за 10 лет ведения пациентов на ПД была диагностирована опухоль почки у 4 больных, опухоль предстательной железы – у 2-х, опухоль молочной железы – у 2-х, меланома кожи – у 3-х больных, множественная миелома – у 2-х больных. Приводим некоторые из наших клинических наблюдений.

Больная Б., 60 лет, получала ПЗТ методом постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД) в связи с тХПН вследствие поликистоза почек. Из семейного анамнеза известно, что кистозной болезнью страдала мать пациентки, а также ее младшая дочь. На 4-м году ПЗТ состояние больной ухудшилось: возникла слабость, температура повысилась до 37,5°C, появились примеси крови в моче.

Объективно: кожные покровы бледные, пальпировались больших размеров бугристые безболезненные почки. По данным лабораторного обследования: анемия - Hb 72 г/л, в клиническом анализе мочи - кровянистый осадок, атипичные клетки не выявлены. При ультразвуковом исследовании – почки 20,0 x 10,5 см, представленные кистами справа до 7,5 см, слева - до 6,5 см, паренхима и чашечно-лоханочная система не дифференцируются. Консервативная гемостатическая терапия была неэффективной. При цистоскопии выделилось 50 мл геморрагически окрашенной мочи из устья левого мочеточника. Проведена левосторонняя нефрэктомия, однако в послеоперационном периоде сохранилась гематурия, а также наблюдалось стойкое повышение температуры до 38,5°C. При повторном УЗ-исследовании в среднем сегменте правой кистозно-дегенеративной почки выявлено мягкотканное образование диаметром 5 см, в связи с чем была проведенная правосторонняя нефрэктомия. Интраоперационно был подтвержден диагноз злокачественного новообразования почки, гистологически верифицирован светлоклеточный рак в правой поликистозной почке. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В дальнейшем пациентка получала ПАПД. Противоопухолевое лечение не проводилось, так как своевременно была проведена нефрэктомия и отсутствовало метастазирование. На протяжении 6-ти следующих лет процедура ПАПД была адекватной: КТ/V составлял 2,2-2,4.

Больной С., 58 г., страдал гипертонической болезнью с поражением почек. На протяжении 2,5 лет получал ПД. Процедура ПД имела адекватные параметры (КТ/V 2,3±0,4), состояние больного было стабильным, основные синдромы ХБП компенсированы, что контролировалось ежемесячно при амбулаторных визитах. Ежегодно больной осматривался урологом, исследовался уровень простатспецифического антигена (ПСА).

Ухудшение состояния проявилось снижением показателей эффективности диализа, ростом азотемических показателей, анемией, ускорением СОЭ, высокими уровнями С-реактивного белка, щелочной фосфатазы. Через 3 дня у больного возникли дизурические явления и острая задержка мочи. Исследован ПСА: без разведения 28,8, свободный 5,2%. Per rectum предстательная железа асимметрична, увеличена за счет уплотненной правой доли, патогистологически: рак простаты G2, сумма по Глиссону 5-6. При КТ органов малого таза выявлены признаки новообразования предстательной железы, данных за метастатический процесс в малом тазу не было.

Радикальная простатэктомия не была рекомендована в связи с тяжестью основного заболевания. Назначена терапия золодексом 3,6 мг 1 раз в месяц. Через 2 месяца терапии состояние больного расценивалось как удовлетворительное, ПСА в пределах нормы. Через 3 года после выявления рака предстательной железы больной продолжает ПД в начальной дозе, КТ/V $2,2 \pm 0,17$, сохраняется диурез до 0,5 л/сут, мочеиспускание свободное, ПСА имеет нормальные значения.

Больная С., 49 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение Областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала в марте 2009 года. Заболела за месяц до этого. Лечилась в терапевтическом отделении центральной районной больницы по поводу двусторонней плевропневмонии. Во время пребывания в ЦРБ у больной выявлена протеинурия 0,27 г/л, креатинин сыворотки крови 1480 мкмоль/л, гемоглобин 105 г/л, СОЭ 70 мм/ч, в связи с чем госпитализирована в специализированное нефрологическое отделение.

При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Лабораторно - уровень гемоглобина 105 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитоз $9,8 \times 10^9$ /л, ускоренная ШОЕ до 70 мм/ч, повышение уровня азотемии - мочевины сыворотки крови - 20,3-26,8 ммоль/л, креатинин - 1100-1250 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови - 65,8 г/л. При ультразвуковом исследовании - признака диффузной патологии паренхимы почек, толщина коркового слоя 2 см. На ЭКГ - ритм синусовый, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Рентгенологически - правосторонний экссудативный плеврит. Исследование крови на LE-клетки и антинуклеарную ДНК отрицательны.

Учитывая отсутствие нефрологического анамнеза, умеренно выраженный мочево́й синдром, анемию, которая протекала на фоне лихорадки, проводился дифференциальный диагноз между системным васкулитом по типу системной красной волчанки, синдромом Гудпасчера и миеломной болезнью. Однако учитывая результаты дополнительного обследования, а именно уровень общего белка крови 67,9 г/л, уровень кальция сыворотки крови 1,5 ммоль/л; при рентгенологическом исследовании плоских костей черепа, таза патологические изменения не выявлены; консультация гематолога - данных за заболевание крови нет; нефробиопсия от 15.03.2009 г. - хронический интракапиллярный гломерулонефрит со сморщиванием ряда клубочков, был установлен диагноз: хронический гломерулонефрит и решен вопрос о проведении ПЗТ методом перитонеального диализа, в связи с чем больной был имплантирован катетер Тенкхоффа и начата терапия ПАПД.

Процедура ПАПД выполнялась адекватно: уровень мочевины сыворотки крови - 14,2 ммоль/л, индекс КТ/V составлял от 2,1 до 3,2, недельный клиренс креатинина - до 66,3 л, диурез - 0, ультрафильтрация - от 1,3 до 2,0 л. Несмотря на показатели, которые свидетельствовали об эффективности заместительной почечной терапии методом ПАПД, состояние больной существенным образом не изменилась, нарастала анемия - уровень гемоглобина 75-80 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 65-70 мм/ч.

В ноябре 2009 года у больной впервые появились интенсивные боли в костях таза. Наличие протеинурии, анемии позволило повторно заподозрить миеломную болезнь и назначить консультацию гематолога. При проведении стеральной пункции выявлена плазмоклеточная метаплазия. Больной установлен диагноз: множественная миелома GB, диффузный вариант, но в связи с тяжелым состоянием рекомендовано продолжить лечение у нефролога. На протяжении 2-х месяцев больная получала полихимиотерапию: 6 г циклофосфана, 2 г винкристина, 20 мг метипреда ежедневно, после чего прекратились боли в костях, повысился уровень гемоглобина сыворотки крови. В анамнезе через 5 лет от начала ПЗТ больная продолжает получать ПАПД.

Остальные наблюдения, касающиеся выявления в процессе проведения ПД опухоли молочной железы у 2-х пациенток, были связаны с лишь диагностикой опухоли, специфическая противоопухолевая терапия не проводилась. Диагностика меланомы кожи у 3-х пациентов была проведена в Институте медрadiологии, проводилась противоопухолевое лечение, при этом больные продолжали получать ПАПД. В анамнезе через 3 года после диагностики опухолевого процесса продолжают получать ПД, состояние компенсировано.

Таким образом, перитонеальный диализ может с успехом применяться в комплексном лечении онкозаболеваний у больных с ХБП при условии обеспечения адекватной дозы диализа и проведения специфической терапии в зависимости от вида онкопатологии.

Указанные наблюдения демонстрируют, что систематическое наблюдение в ходе проведения ПД дало возможность своевременно диагностировать злокачественные новообразования, а проведение адекватного специального лечения онкопатологии и ПЗТ в условиях нефроурологического центра обеспечило сохранение жизни пациентам с сочетанной патологией, которая обычно имеет фатальные результаты.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОПОНТИНА КАК ФАКТОРА КАЛЬЦИФИКАЦИИ СОСУДОВ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК.

Лесовой В. Н., Валковская Т. Л., Лесовая А. В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Костно-минеральные нарушения (КМН) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) имеют высокую специфичность для уремии и являются актуальной проблемой современной нефрологии.

Понятие КМН включает : гиперфосфатемию, гиперкальциемию , нарушение синтеза паратиреоидного гормона (ПТГ) и сосудистую кальцификацию .

Несмотря на комплекс лечебно-диагностических мероприятий входящих в стандарты диагностики и лечения данной категории больных ранняя диагностика имеющихся осложнений в виде сосудистой кальцификации является прогностическим фактором при лечении пациентов в нефрологическом отделении.

Несмотря на уже известные механизмы возникновения и биологические маркеры сосудистой кальцификации поиск ее новых детерминант продолжается . Значительный интерес представляет остеопонтин (ОП) –плейотропный цитокин , который экспрессируется в минерализованных тканях и является главным неколлагеновым матриксным белком кости. Этот протеин синтезируется разными типами клеток: фибробластами , остеобластами, гладкомышечными и эндотелиальными клетками , его регуляция окончательно не известна . Гипокальциемия и гипофосфатемия приводят к увеличению транскрипции , трансляции и секреции ОП . Существуют данные , что стимуляция экспрессии этого цитокина также обусловлена действием провосполительных цитокинов и ПТГ .

Уникальностью ОП является отсутствие его экспрессии в миокарде в постнатальный период . В экспериментальных условиях было показано , что восстановление его продукции возможно только как ответ на повреждение или митотическую стимуляцию . В модели инфаркта миокарда было установлено, что ОП накапливается практически исключительно в интерстициальной ткани после ее клеточной инфильтрации , достигая максимальной концентрации к 2-3 м суткам постинфарктного периода . Кроме того , ОП экспрессируется в гипертрофированном миокарде и локализуется преимущественно вокруг миофибробластов соединительной ткани . ОП является связующим звеном между провосполительной активацией и нарушением релаксационной способности миокарда , играющей важную роль в формировании и прогрессировании сердечной недостаточности . Кроме того, установлено, что ОП экспрессируется в миокарде пациентов с ишемической , гипертрофической и дилатационной кардиомиопатией , причем основным источником его продукции являются кардиомиоциты , а интенсивность синтеза ОП не коррелирует с выраженностью клеточной инфильтрации интерстиция .

На сегодняшний день о роли ОП в развитии сосудистой кальцификации известно : белок обеспечивает кальцификацию атеромы и активирует функцию остеокластов . Одни исследователи выявили повышенный плазменный уровень этого белка при наличии кальцифицированных клапанов , а другие не установили связи между его уровнем и степенью аортальной кальцификации. В исследовании Ruys Mutluay и соавторов продемонстрирована положительная корреляционная связь между сывороточным уровнем ОП и такими показателями , как диализный стаж, уровень сывороточного креатинина , фосфора , ПТГ .

Негативная роль ОП в кальцификации медиа была описана у пациентов с терминальной почечной дисфункцией , находящихся на гемодиализе. ОП обуславливает пролиферацию гладкомышечных клеток и деградиацию эластической мембраны медиа артерий , что рассматривается как одна из начальных стадий васкулярного ремоделирования . Получены данные о непосредственном участии ОП в гипертрофии медиа артериол клубочка почек и сосудов петли Генле , а также пролиферации и выселении мезангиоцитов , что ассоциируется с прогрессированием канальцевой дисфункции и нефроангиосклерозом у пациентов с хроническим заболеванием почек . В целом, по мнению многих исследователей ОП представляется как один из наиболее весомых кандидатов на роль маркера патологического сердечно – сосудистого ремоделирования .

Учитывая вышеперечисленное этот биологический маркер считается перспективным для количественного изучения и определения его роли в развитии сосудистой кальцификации, т.к. он соответствует ряду условий: наличие циркулирующей составляющей в плазме крови; короткая молекула, облегчающая идентификацию и создание с крининговых тест – систем; однозначность в интерпритации полученных данных.

Доступные методы обследования способны указать направление терапевтического вмешательства в каждом конкретном случае. Такой скрининг, безусловно, обоснован для пациентов находящихся в «листе ожидания» трансплантации почки и во всех других случаях, когда информация о наличии кальцификации и ее выраженности может иметь значение для выбора дальнейшей тактики ведения больного.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

Лесовой В. Н., Валковская Т. Л., Лесовая А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала», г. Харьков

Нарушения костно-минерального обмена у пациентов с хронической болезнью почек играет важную роль в процессах кальцификации, в том числе коронарных сосудов, аорты, в формировании атеросклеротических бляшек (в которых содержатся кальцийсвязывающие белки – остеокальцин, остеопонтин и др., характерные для костной ткани) и возникновении коронарных рисков.

Понятие костно-минеральные нарушения включает:

- гиперфосфатемию;
- гиперкальцемию;
- нарушения синтеза паратиреоидного гормона (ПТГ);
- сосудистую кальцификацию.

На первых этапах изучения этой проблемы акцент делался главным образом на костной патологии, приводящей к снижению показателей выживаемости и качества жизни пациентов. Но в последующем было показано, что изменения концентрации дивалентных ионов и ПТГ имеют самостоятельное прогностическое значение, независимо от тяжести поражения скелета. Также было установлено, что наличие внекостной, в частности сосудистой кальцификации и её выраженность связаны с высокими рисками развития сосудистых осложнений.

Несмотря на комплекс лечебно-диагностических мероприятий входящих в стандарты диагностики и лечения данной категории больных, ранняя диагностика имеющихся осложнений в виде сосудистой кальцификации является прогностическим фактором при лечении пациентов на перитонеальном диализе. Кальцификация сосудов может происходить как в зоне интимы, так и в зоне меди. В первом случае она становится составляющей ускоренного течения атеросклеротического процесса, приводящего к стенокардии и инфарктам, а также к нарушениям мозгового кровообращения. Во втором случае кальцификация вызывает ригидность стенок артерий, увеличение скорости пульсовой волны и пульсового давления, что приводит к гипертрофии миокарда левого желудочка и сердечной недостаточности.

По современным представлениям, уремическая кальцификация артерий – это биологически активный процесс, инициируемый гиперфосфатемией. Повышение содержания фосфора в плазме крови приводит к увеличению внутриклеточной концентрации фосфора, что вызывает изменение фенотипа гладкомышечных клеток сосудистой стенки, они приобретают свойства остеобластов.

В окружающее внеклеточное пространство начинают секретироваться матричные пузырьки, белки костного матрикса, которые в последующем подвергаются минерализации. В условиях гиперкальцемии и повышенного производства кальция и фосфора минерализация ускоряется. Кальцификация артерий также усиливается при повышении содержания паратгормона и провоспалительных цитокинов.

Несмотря на уже известные механизмы возникновения и биологические маркеры сосудистой кальцификации поиск её новых детерминант продолжается. Значительный интерес представляет остеопонтин (ОП) – плеiotропный цитокин, который экспрессируется в минерализованных тканях и является главным неколлагеновым матриксным белком кости. Этот протеин синтезируется различными типами клеток: фибробластами, остеобластами, гладкомышечными и эндотелиальными клетками. Сегодня об участии ОП в развитии сосудистой кальцификации известно: белок

обеспечивает кальцификацию атеромы и активирует функцию остеокластов. Одни исследователи выявили повышенный плазменный уровень этого белка при наличии кальцифицированных клапанов, а другие не установили связь между его уровнем и степенью аортальной кальцификации.

В исследовании Ruysa Mutluay продемонстрирована положительная корреляционная связь между сывороточным уровнем ОП и такими показателями, как диализный стаж, уровень креатинина, фосфора и паратиреоидного гормона (ПТГ). Негативная роль ОП в кальцификации медики была описана у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе.

ОП обуславливает пролиферацию гладкомышечных клеток и деградацию эластической мембраны медики артерий, что рассматривается как одна из начальных стадий васкулярного ремоделирования. Получены данные о непосредственном участии ОП в гипертрофии медики артериол клубочка почек и сосудов петли Генле, а также пролиферации и выселении мезангиоцитов, что ассоциируется с прогрессированием канальцевой дисфункции и нефроангиосклерозом у пациентов с хроническим заболеванием почек. Учитывая вышеперечисленное, этот биологический маркер считается перспективным для количественного изучения и определения его роли в развитии сосудистой кальцификации, т.к. он соответствует ряду условий:

- Наличие циркулирующей составляющей в плазме крови; короткая молекула, облегчающая идентификацию и создание тест-систем;
- Однозначность в интерпретации полученных данных;
- Наличие доказательств существования ассоциации между ОП и риском неблагоприятных исходов у пациентов с инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, дилатационной кардиомиопатией и в ряде случаев с миокардитами.

В большинстве исследований последних лет, в которых изучался кальциноз артерий и сердца у больных с ХБ, была использована компьютерная томография. Тяжесть кальцификации коронарных артерий оценивалась по шкале Агатсона по которой учитывается плотность и площадь отложения кальция, а кальциевый счет определяется как произведение плотности на площадь при помощи специального программного обеспечения.

Компьютерная томография считается золотым стандартом в выявлении кальцификации и оценке её тяжести, но т.к. этот метод дорогостоящий, то относительно мало доступен для широкого клинического применения.

В то же время при помощи стандартных рентгенологических исследований (передне-боковой обзорный снимок брюшной полости и таза) была действительно выявлена корреляционная связь между кальцификацией коронарных артерий по шкале Агатсона и кальцинозом брюшной аорты.

Кальциноз клапанов сердца, выявленный при Эхо-КГ, также является надежным предиктором кальциноза коронарных артерий. По этим соображениям в рекомендациях KDIGO предлагается для рутинного выявления кальциноза сердца и сосудов использовать простые и доступные методы:

Рентгенографию – для диагностики кальциноза сосудов; Эхокардиографию – для диагностики кальциноза клапанов сердца и миокарда. Выявление кальцификации сосудов должно стать важнейшим фактором для отнесения пациентов группу наиболее высокого риска и, соответственно, для определения дальнейшей тактики ведения такого больного.

Доступные методы обследования способны указать направление терапевтического вмешательства в каждом конкретном случае. такой скрининг, безусловно, обоснован для пациентов со стойкой гиперфосфатемией, для пациентов, находящихся в «листе ожидания» трансплантации почки и во всех других случаях, когда информация о наличии кальцификации и её выраженности может иметь значение для выбора дальнейшей тактики ведения больного.

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ

Сарычев Л.П., Филоненко А.Ф., Пустовойт А.Л., Сарычев Я.В., Сухомлин С.А., Панасенко С.Н.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Полтавская областная клиническая больница им.Н.В.Склифосовского, г.Полтава

К осложнениям рентгеноконтрастных исследований относят тошноту, рвоту, кожный зуд, крапивницу, анафилактический шок, отек легких и преходящее незначительное нарушение функции почек. Последнее, по данным ряда исследователей, имеет место практически у всех пациентов, хотя регистрируется крайне редко [1]. При этом, реальное клиническое значение имеет только контраст-индуцированная нефропатия (КИН), риск развития которой может стать причиной отсрочки или отмены

жизненно важных диагностических или лечебных процедур. Чаще с развитием КИН сталкиваются в ангиологии, интервенционной кардиологии и, судя по прогнозам, частота данного осложнения будет увеличиваться по мере расширения показаний к болюсному введению большого объема контрастного вещества (КВ) [2].

В урологической и нефрологической практике к почечной ангиографии, в том числе с использованием мультиспиральной компьютерной томографии, прибегают гораздо реже, как правило, с целью диагностики аномалий развития, вазоренальной и нефрогенной гипертензии, опухолей почек, тромботических осложнений и т.д. Большинство клиницистов сходятся во мнении, что к выполнению данного исследования следует подходить с особой осторожностью у пациентов с доказанными и предполагаемыми факторами риска развития КИН (табл. 1) [1, 2, 3].

Таблица 1

Факторы риска развития КИН

Доказанные факторы риска:	Предполагаемые факторы риска:
● Хроническая почечная недостаточность – СКФ < 60 мл/мин; ● Высокая осмолярность КВ; ● Большой объем КВ; ● Сахарный диабет; ● Возраст >70 лет; ● Пересадка почки в анамнезе; ● Острый инфаркт миокарда; ● Сниженный эффективный артериальный объем; ● Систолическое артериальное давление < 100 мм рт. ст.; ● Застойная сердечная недостаточность; ● Цирроз печени; ● Нефротический синдром; ● Повторное введение КВ в течение 48 часов.	● Артериальная гипотония (систолическое АД <80 мм рт. ст., требующее инотропной поддержки) ● Артериальная гипертензия; ● Острый пиелонефрит; ● Множественная миелома; ● Гиперпаратиреоз; ● Применение перед исследованием нефротоксичных лекарственных препаратов или мочегонных средств; ● Гипоальбуминемия (< 35 г/л); ● Низкая фракция выброса (<50%); ● Внутриагтеримальное введение КВ; ● Повторное введение КВ в течение 72 часов.

Выделяют несколько факторов, определяющих безопасность КВ: осмолярность, вязкость, гидрофильность, растворимость и электрическую активность (ионность). При этом, осмолярность, как один из главных факторов безопасности КВ, определяется числом частиц вещества в растворе: чем их больше, тем выше осмолярность. В настоящее время в ангиологии используют неионные низкоосмолярные КВ - Йогексол (Омнипак), Йопромид (Ультравист) и др., а также изоосмолярные КВ – Йодиксанол (Визипак). Осмолярность последних более чем в два раза ниже по сравнению с ионными КВ из группы диатризоатов (Урографин, Верографин, Гипак) [4].

Частота развития КИН в ангиологии, согласно многочисленным наблюдениям, не превышает 1-5%. Вместе с тем, данное осложнение занимает третье место среди причин острой почечной недостаточности (ОПН) ятрогенного генеза [1, 4, 5].

Патогенетический механизм развития КИН включает:

- увеличение продукции свободных кислородных радикалов с прямым токсическим воздействием на клеточные мембраны;
- вазоконстрикцию афферентных артериол;
- снижение почечного кровотока;
- ишемию мозгового вещества;
- снижение фильтрационного давления в клубочках;
- снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [6].

Развитие КИН сопровождается снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с накоплением азотсодержащих и безазотистых продуктов метаболизма в сочетании с нарушением кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса. Наблюдается повышение уровня сывороточного креатинина на 25% или на 44 мкмоль/л (0,5 мг/дл) от исходного в течение 48 ч после внутрисосудистого введения КВ. Концентрация креатинина в плазме достигает пиковых значений на 3-5 сутки и возвращается к исходному уровню за 7-10 дней. В моче можно обнаружить бурые зернистые цилиндры, эпителий почечных

канальцев и незначительную протеинурию (<300 мг/сутки). Характерно, что биохимические маркеры повреждения почечных канальцев встречаются и без значимого повышения уровня сывороточного креатинина [7, 8].

В 2004 году R.Mehran и соавторы предложили схему стратификации риска развития КИН, исходя из которой каждому фактору соответствует определенное число баллов (табл. 2). В зависимости от суммы баллов больному присваивается та или иная степень риска формирования КИН с- или без необходимости гемодиализа (табл. 3). При анализе отдаленных результатов оказалось, что при исходно очень высокой степени риска летальность в течение года превысила 30% [9].

Таблица 2

Стратификация риска развития КИН по Mehran: расчет количества баллов

Фактор риска	Интегральный показатель
Артериальная гипотензия (систолическое АД <80 мм рт. ст., требующее инотропной поддержки)	5
Внутриартериальная баллонная контрпульсация	5
Застойная сердечная недостаточность (класс III-IV или отек легких в анамнезе)	5
Возраст ≥ 75 лет	4
Анемия (Ht <39%/л - для мужчин и <36%/л - для женщин)	3
Сахарный диабет	3
Объем КВ	1 на каждые 100 мл
Уровень сывороточного креатинина ≥ 133 мкмоль/л	4
или СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73 м ²	или
40-60 мл/мин/1,73 м ²	2
20-40 мл/мин/1,73 м ²	4
<20 мл/мин/1,73 м ²	6

Как правило, прогрессирование ОПН с переводом пациента на заместительную почечную терапию - программный гемодиализ, не превышает 2% наблюдений. Однако, в группах высокого риска частота развития КИН достигает 50%, а необходимость использования гемодиализа составляет 15%. По результатам метаанализа, даже клинически не значимое повышение уровня креатинина ассоциируют с увеличением летальности в обозримом будущем [2, 4, 10].

Таблица 3

Стратификация риска развития КИН по Mehran: расчет степени риска

Категория риска	Количество баллов	Риск КИН (%)	Риск гемодиализа (%)
Низкий	≤ 5	7,5	0,04
Умеренный	6-10	14,0	0,12
Высокий	11-15	25,1	1,1
Очень высокий	≥ 16	57,3	12,6

Для снижения риска развития КИН было предложено множество препаратов, однако достоверное снижение частоты данного осложнения связано с гидратацией пациента, а наиболее важным элементом профилактики КИН считают уменьшение объема вводимого КВ. Рекомендуемое максимальное количество КВ рассчитывается по формуле: максимальный объем КВ в мл = вес пациента (в кг) x 5. При почечной дисфункции: максимальный объем КВ в мл = клиренс креатинина (мл/мин) x 5 [11]. Использование современных контрастных веществ (КВ) в общей популяции пациентов является относительно безопасным. У лиц с повышенным риском развития КИН изоосмолярный димер Йодиксанол (Визипак) считают более безопасным, чем низкоосмолярные мономеры Йогексол (Омнипак) или Йопромид (Ультравист). С целью снижения вязкости вводимый препарат следует подогреть перед исследованием до температуры 37°C [12].

Рентгеноконтрастные исследования у пациентов с электролитными нарушениями, больных в состоянии шока, при застойной сердечной недостаточности допускается только по жизненным показаниям. За 2-е суток перед введением КВ должны быть отменены нефротоксичные препараты - НПВС, антибиотики и др., больным сахарным диабетом - метформин [10, 11, 12].

В рамках профилактики КИН эксперты Европейского общества урогенитальной радиологии рекомендуют перевести пациента на внутривенный режим гидратации. Оптимально проводить гидратацию физиологическим раствором натрия хлорида со скоростью 1 мл/кг/ч (максимум 100 мл/ч) в течении 6 ч до и 6 ч после рентгенконтрастного исследования в комбинации с пероральным приемом АЦЦ в дозе 600-1200 мг [13].

Клиническое наблюдение: Больной П., 32 г., страдает мочекаменной болезнью с 2000 г. В анамнезе отхождение конкрементов с мочой. В 2008 г. перенес операции по поводу конкрементов правой и левой почки. В связи с рецидивным камнеобразованием, множественными конкрементами обеих почек и блокирующим конкрементом левого мочеточника 13.11.2014г. проведена контактная лазерная уретеролитотрипсия с эндопиеловезикальным стентированием. В послеоперационном периоде отмечает отхождение с мочой осколков конкремента. 22.11.2014 г. выполнена контрольная КТ с болюсным контрастированием (Ультравист-370). Правая почка обычных размеров, толщина паренхимы в пределах нормы, выявлены 2 конкремента в средней чашечке 30 мм и 45 мм, мочеточник не расширен, конкрементов не содержит. Левая почка обычных размеров, толщина паренхимы в пределах нормы, выявлены 6 конкрементов – по 2 в верхних, средних и нижних чашечках от 15 до 55 мм. Выявлен стеноз устья левой почечной артерии до 60%.

На 3-5 сутки после исследования отмечает боли в поясничной и эпигастральной области, уменьшение количества мочи до 300 мл, общую слабость, тошноту, жажду. Госпитализирован в урологическое отделение. Исключен механический характер олигоанурии и больной переведен в нефрологическое отделение. При поступлении: в общем анализе крови эр. - 1, 92x10¹²/л, гемоглобин - 57 г/л., креатинин крови - 1046 мкмоль/л, мочевины – 26 ммоль/л, КФ – 3 мл/мин, в общем анализе мочи удельный вес – 1020, белок – 2,4 г/л, эритроциты – неизмененные на все п/з, лейкоциты – 0-1 в п/з. Паратгормон – 152,8 пг/мл (при N 15,0-65,0).

Диагноз: Первичный гиперпаратиреоз. Мочекаменная болезнь, множественные конкременты обеих почек. Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение. Контраст-индуцированная нефропатия. Острое повреждение почек III ст. ХПН IV. Вторичная нормохромная анемия.

В связи с нарастанием уремии проводились сеансы острого гемодиализа, которые на время снижали уровень креатинина. В связи с прогрессированием ОПН переведен на заместительную почечную терапию - программный бикарбонатный гемодиализ.

Выводы

1. Перед планированием рентгенологического исследования с болюсным введением КВ всем пациентам показана оценка степени риска развития КИН.

2. У пациентов с факторами риска развития КИН выполнение рентгенологического исследования с болюсным введением КВ возможно только при отсутствии более безопасных методов визуализации сосудистого аппарата, оценки структурного и функционального состояния почек.

3. Пациентам с повышенным риском развития КИН рентгенконтрастное исследование должно в обязательном порядке включать превентивные меры профилактики, наиболее важными элементами которой являются уменьшение объема вводимого КВ и гидратация пациента до и после проводимого вмешательства.

Список литературы

1. Gleeson T., Bulugahapitiya S. Contrast-Induced Nephropathy // Am. J. Roentgenol. – 2004. - Vol. 283, №6. – P.1673-1689.
2. Gruberg L., Mintz G.S., Mehran R. et al. The prognostic implications of further renal function deterioration within 48 h of interventional coronary procedures in patients with pre-existent chronic renal insufficiency // J. Am. Coll. Cardiol. – 2000. – Vol. 36, №6. – P.1542-1548.
3. Morcos S.K. Prevention of contrast media nephrotoxicity – the story so far // Clin. Radiol. - 2004. - Vol. 59. - P.381-389.
4. Goldenberg I., Matetzky S. Nephropathy induced by contrast media: pathogenesis, risk factors and preventive strategies // CMAJ. - 2005. - Vol. 24. - P.172.
5. Safirstein R., Andrade L., Vieira J.M. Acetylcysteine and nephrotoxic effects of radiographic contrast agents: a new use for an old drug // N. Engl. J. Med. – 2000. - Vol. 343. - P.210-212.
6. Murphy S.W., Barrett B.J., Parfrey P.S. Contrast nephropathy // J. Am. Soc. Nephrol. - 2000. – Vol. 11, №1. - P.177-182.
7. Колесник Н.А. Острое контраст-индуцированное повреждение почек: что изменилось? // Здоров'я України. – 2015. - №2. - С.20-21.
8. Sterner G., Nyman U., Valdes T. Low risk of contrast-medium-induced nephropathy with modern angiographic technique // J. Intern. Med. – 2001. - Vol. 250, №5. - P.429-434.
9. Mehran R., Aymong E.D., Nikolsky E. et al. A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. - Vol. 44. - P.1393-1399.
10. Barrett B.J., Parfrey P.S. Preventing nephropathy induced by contrast medium // N. Engl. J. Med. – 2006. - Vol. 354, №4. - P.379-386.
11. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina / Non-STElevation Myocardial Infarction // Circulation. - 2011. - Vol. 123. - P.2039- 2040.
12. Aspelin P., Aubry P., Fransson S.G. et al. Nephrotoxic effects in high-risk patients undergoing angiography // N. Engl. J. Med. – 2003. - Vol. 348, №6. - P.491-499.
13. Thomsen H.S., Morcos S.K. Contrast media and the kidney: European Society of Urogenital Radiology (ESUR) Guidelines // Brit. J. Radiol. – 2003. - Vol. 76. - P.513-518.

КОНТАМІНАЦІЯ КОНТРАТЕРАЛЬНОЇ НИРКИ ЗА ГОСТРОГО ОДНОБІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ НИРОК У ЩУРІВ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ УРАЖЕНОГО ОРГАНА

Федорук О.С., Степанченко М.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В.
Буковинський державний медичний університет (м.Чернівці)

Вступ. Гострі запальні захворювання нирок а ргіорі мають своєю передумовою присутність патогенної чи умовно-патогенної флори у тканині нирок [1, 8]. Виходячи з цього, вивчення популяційного якісного і кількісного складу мікроорганізмів, що спричиняють до розвитку таких захворювань має чи не першочергове значення у визначенні лікувальної тактики. При цьому, згідно із світовими даними, популяційний видовий склад мікроорганізмів, етіологічних для ГЗН, постійно зазнає змін, не викликає сумніву також неоднаковість притаманної для даних захворювань флори у різних куточках земної кулі [2]. Зокрема, важливим з клінічної точки зору є чітке розуміння патофізіологічних механізмів локалізації (нерозповсюдження) та міграції мікроорганізмів в інтактну нирку (за умов однобічного процесу) та інші органи, а також умови, необхідні для поширення патологічного процесу [3].

Мета дослідження. Визначити особливості змін контамінації контраilaterальної нирки в різні терміни після видалення ураженого органа за гострого однобічного запалення нирок у щурів.

Матеріал і методи. Експеримент здійснено на 42 статевозрілих нелінійних білих щурах *Rattus Norvegicus* чоловічої статі, віком 18-20 тижнів, масою 180-205 г. Всім тваринам моделювали гострий однобічний запальний процес нирок за власною методикою [4,5]. До основної групи увійшли 24 щурів, останніх розподілено на три підгрупи: I (n=12) – виконано нефректомію з ураженого боку на 10-ту добу експерименту; II (n=8) – виконано нефректомію з ураженого боку на 14-ту добу експерименту; III (n=4) – виконано нефректомію з ураженого боку на 21-ту добу експерименту. Контамінацію тканини резидуальної нирки за рутинними методиками визначали на 14-ту (Ia, n=4), 21-шу (Iб, n=4; IIa, n=4) та 28-му добу (Iв, n=4; IIб, n=4; III, n=4). Контрольну групу склали 18 тварин, функціональні показники роботи контраilaterальної нирки в яких вивчали на 14-ту (K₁, n=6), 21-шу (K₂, n=6) та 28-му добу (K₃, n=6) за власною методикою [6,7].

Результати. Видалення інокульованого органа на 10-у добу після введення збудника призводило до незначного зменшення концентрації збудника в контраilaterальній нирці на 14-у добу спостережень (через 4 доби після операції) у порівнянні з не оперованими тваринами, різниця, однак, не була статистично достовірною.

На 21-шу добу дослідження, 11 діб після видалення ураженого органа, знизився індекс постійності виділення ентерококів із тканини інтактного органа по відношенню до такого ж показника в групі порівняння (25% проти 50%). В одному із спостережень дослідної підгрупи з інтактною нирки не було виділено інокульованого штаму кишкової палички. Індекс постійності та частоти зустрічання решти виділених збудників практично не відрізнялися від таких у групі порівняння.

На 28-му добу експерименту, 18 діб після видалення ураженої нирки, з тканини резидуальної нирки виділено аутологічний штам кишкової палички лише в одній тварині. У решти – росту мікроорганізмів не виявлено. Останні дані відрізнялися від таких у групі контролю, де на 28-му добу спостереження виділяли протей та ентерокок у половини тварин, аутологічний штам кишкової палички – у 66,67% тварин, введений штам – у 100%. Такий результат свідчив на користь позитивного впливу нефректомії з ураженої сторони, переконливі докази чого, однак, з'явилися лише через 18 діб. Подальшого порівняння потребує вплив нефректомії з ураженого боку на контамінацію контраilaterального органа у інші терміни експерименту.

Через 7 діб після нефректомії, виконаної з ураженого боку на 14-ту добу, виділені збудники та якісні показники контамінації (індекс постійності та частота зустрічання виділених збудників) практично не відрізнялися у резидуальної нирки від таких у контраilaterального органа на 21-шу добу спостереження.

На 28-му добу дослідження, 14 діб після видалення ураженої нирки, спостерігалася картина зменшення контамінації інтактного органа по відношенню до контролю. Так, інокульований штам кишкової палички знайдено у половини тварин (індекс постійності 50% проти 100% у групі контролю). Індекс постійності виділених ентерокока та протей також був вдвічі меншим від групи порівняння (25% проти 50%). Частота ж зустрічання виділених мікроорганізмів практично не

відрізнялася між підгрупами. Випадків, де б не спостерігалось росту жодного штаму, не було у даної дослідної підгрупи.

Нефректомія з ураженого боку на 21-шу добу не призводила до зміни показників контамінації резидуальної нирки через 7 діб. Таким чином, на 28-му добу спостереження, індекс постійності та частота зустрічання виділених мікроорганізмів із тканини єдиної нирки (нефректомія на 21-шу добу) практично не відрізнялися від аналогічних у контрлатеральної нирки тварин, яким нефректомія не проводилась.

Висновки. Інфекція з інокульованої нирки гематогенним або/ї лімфогенним шляхами потрапляла в інтактний контрлатеральний орган, персистуючи в ньому. Раннє видалення інокульованої нирки (10 доба) сприяло практично повній елімінації збудників із контрлатерального органу.

Література.

1. Барковский Б.С. Микрофлора мочевыводящих путей до і після лікування серозного гестаційного пієлонефриту з використанням різних засобів відновлення уродинаміки / Б.С. Барковский // Урологія. – 2004. – Т.8, № 1. – С. 56-60.
2. Рафальский В.В. Влияние резистентности возбудителей инфекции мочевыводящих путей на исходы антибактериальной терапии / В.В. Рафальский, Л.В. Ходкевич // Урология. – 2008. – № 1. – С. 3-9.
3. Есилевский Ю. М. Патогенез пиелонефрита / Есилевский Ю.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 368 с.
4. Пат. 72206 Україна, МПК: G09B 23/28 (2006.01). Спосіб моделювання вторинного пієлонефриту / Федорук О.С., Степан В.Т., Степанченко М.С., Візнюк В.В.: заявник і власник Буковинський державний медичний університет МОЗ України; заявл. 03.02.2012, опубл. 10.08.2012, бюл. № 15/2012.
5. Пат. 75119 Україна, МПК: A61D 7/00 Спосіб моделювання гострого запалення нирок та паранефрію / Степан В.Т., Іфтодій А.Г., Федорук О.С., Степанченко М.С.: заявник і власник Буковинський державний медичний університет МОЗ України; заявл. 17.04.2012, опубл. 26.11.2012, бюл. № 22/2012.
6. Степанченко М.С. Спосіб моделювання гострого вторинного обструктивного пієлонефриту у щурів / М.С. Степанченко, О.С. Федорук: матеріали 95-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17,19, 24 лютого 2014 р.). – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – С. 131-132.
7. Степанченко М.С. Метод роздільного отримання сечі з кожної нирки при експериментальному пієлонефриті у щурів / Степанченко М.С., Стеців О.В., Владиченко К.А. // Хист. – 2014. – №16. – С.225
8. Kurihara S. Acute bacterial pyelonephritis: Pathogenesis, pathophysiology, and therapy / S. Kurihara, Y. Miyazaki, S. Kohno // Nippon Rinsho. – 2006. – Vol.64, Suppl. 2. – P. 572-575.

ВЛИВ НЕФРЕКТОМІЇ З УРАЖЕНОГО БОКУ НА ФУНКЦІЮ КОНТРАТЕРАЛЬНОЇ НИРКИ ПРИ ГОСТРОМУ ОДНОБІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ НИРОК У ЩУРІВ

Федорук О.С., Степанченко М.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В.

Буковинський державний медичний університет (м.Чернівці)

Вступ. Однобічне ураження нирок запального характеру становить неабияку актуальність у клініці, адже число пацієнтів із гострим однобічним пієлонефритом залишається великим і не має тенденції до зниження. В Україні щороку збільшується число зареєстрованих випадків хворих з інфекцією нирок на 1 %, показники захворюваності для пієлонефриту загалом і хронічного пієлонефриту становили 1621,0 та 1437,6 на 100 тисяч населення відповідно [1]. При цьому нез'ясованими залишаються особливості функціонування інтактної нирки, а також механізми залучення її в запальний процес [2,3,8]. Тому усвідомлення принципів поведінки сечової інфекції в організмі та механізмів взаємодії ураженої та контрлатеральної нирок допоможе оптимізувати інтенсивність лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам, залежно від терміну та ступеня тяжкості хвороби.

Мета дослідження. Визначити особливості змін деяких функціональних показників роботи контрлатеральної нирки в різні терміни після видалення ураженого органа за гострого однобічного запалення нирок у щурів.

Матеріал і методи. Експеримент здійснено на 54 статевозрілих нелінійних білих щурах *Rattus Norvegicus* чоловічої статі, віком 18-20 тижнів, масою 180-205 г. Всім тваринам моделювали гострий однобічний запальний процес нирок за власною методикою [4,5]. До основної групи увійшли 36 щурів, останніх розподілено на три підгрупи: I (n=18) – виконано нефректомію з ураженого боку на 10-ту добу експерименту; II (n=12) – виконано нефректомію з ураженого боку на 14-ту добу експерименту; III (n=6) – виконано нефректомію з ураженого боку на 21-ту добу експерименту. Функціональні показники роботи резидуальної нирки за рутинними методиками визначали на 14-ту (Ia, n=6), 21-шу (Iб, n=6; IIa, n=6) та 28-му добу (Iв, n=6; IIб, n=6; III, n=6). Контрольну групу склали 18 тварин, функціональні показники роботи контрлатеральної нирки в яких вивчали на 14-ту (K₁, n=6), 21-шу (K₂, n=6) та 28-му добу (K₃, n=6) за власною методикою [6,7]. Показники обчислювали

статистично за рутинними методиками із використанням критерію Стьюдента. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05

Результати. У підгрупі ІІІ на 28-му добу відбувалося незначне порівняно з іншими компенсаторне зростання ШКФ, що дало змогу припустити розвиток незворотних змін у контрлатеральній нирці. У підгрупі ІІ зростання показника сповільнювалося між 21-ю і 28-ю добами, у той час як у тварин, котрим видалено уражену нирку на 10-ту добу, даний показник показував зворотний ріст, залишаючись, тим не менше, вищим від таких у контролі та підгрупі ІІІ. Така ситуація пояснювалася ймовірним різким компенсаторним підвищенням клубочкової фільтрації з подальшим (після встановлення гомеостатичної рівноваги) поверненням до комфортного режиму роботи органа.

На підтвердження такому припущенню слугували дані динамічної зміни концентрацій креатиніну в плазмі крові, як основного індикатора фільтраційно-реабсорбційної функції нирок. Так, у кожній підгрупі, після видалення ураженої нирки, спостерігалось зростання рівня креатиніну крові. Таке зростання рівнів креатиніну після видалення ураженого органа ймовірно було пов'язаним з тим, що останній також ніс певне функціональне навантаження, яке контрлатеральна нирка, внаслідок включення в процес, не могла зкомпенсувати відразу.

Так, темп приросту (7,81%) був найнижчим у підгрупі Іа на 14-ту добу, що, зокрема, й обумовлено меншим терміном спостереження (чотири доби). Проте простежувалася тенденція до збільшення темпу приросту даного показника в підгрупі ІІа на 21-шу добу (18,7%) та підгрупі ІІІ на 28-му добу (27,8%), що могло свідчити про зниження компенсаторних можливостей контрлатеральної нирки з часом або ж розвиток незворотних змін у паренхімі. Після різкого підйому дані показники знижувалися в підгрупах ІІб, ІІв та ІІб до значень, нижче таких у групі порівняння.

У групах І та ІІ відбувалося різке зменшення значень концентрацій білка в сечі після видалення ураженої нирки по відношенню до контролю, починаючи з 21-ї доби, практично не відрізняючись проте в Іа на 14-ту добу (ймовірно за рахунок меншого проміжку часу). Тим не менше, у підгрупі ІІІ відбулося підвищення концентрації білка в сечі на 28-му добу, що свідчило про зростаюче пошкодження ниркової паренхіми, ймовірно незворотного характеру. У той же час зниження видалення білка із сечею, як маркера пошкодження всіх відділів нефрону, після видалення ураженої нирки на 10-ту та 14-ту добу наштотувало на думку про позитивний вплив ранньої нефректомії на контрлатеральний орган.

Підтверджували попереднє припущення зміни показників транспорту натрію, що становить не менш важливий показник uszkodження нефрону. У групі ІІІ спостерігалось підвищення концентрації останнього в сечі на 28-му добу відносно контролю, у той час як групи ІІв та ІІб демонстрували аналогічне до білка зниження рівнів даного електроліту в сечі.

Висновки. Нефректомія з ураженого боку супроводжувалася компенсаторним підвищенням швидкості клубочкової фільтрації контрлатеральної нирки та зниженням натрійурезу і виділення білка із сечею. Транзиторне зростання рівня креатиніну плазми крові після нефректомії в подальшому заміщувалося його спадом. Видалення ураженої нирки на 10-ту та 14-ту добу призводило до нормалізації функціональних показників роботи нирок до 28-ї доби; видалення ураженої нирки на 21-шу добу супроводжувалося подальшими функціональними розладами нирки, що залишилися.

Література.

1. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2006-2007 роки (відомче видання) / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Н.Г. Кравчук. – К.: Поліум, 2008. – 210 с.
2. Гоженко А.І. “Приховане” uszkodження проксимального відділу нефрону / А.І. Гоженко, Ю.Є. Роговий, О.С. Федорук // Одес. мед. ж. – 2001. – № 5. – С. 16-19.
3. Пішак В.П. Універсальність uszkodження проксимального каналця при захворюваннях нирок / В.П. Пішак, В.В. Білоокій, Ю.Є. Роговий // Бук. мед. вісник. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 72-76.
4. Пат. 72206 Україна, МПК: G09B 23/28 (2006.01). Спосіб моделювання вторинного пієлонефриту / Федорук О.С., Степан В.Т., Степанченко М.С., Візнюк В.В.: заявник і власник Буковинський державний медичний університет МОЗ України; заявл. 03.02.2012, опубл. 10.08.2012, бюл. № 15/2012.
5. Пат. 75119 Україна, МПК: A61D 7/00 Спосіб моделювання гострого запалення нирок та паранефриту / Степан В.Т., Іфтодій А.Г., Федорук О.С., Степанченко М.С.: заявник і власник Буковинський державний медичний університет МОЗ України; заявл. 17.04.2012, опубл. 26.11.2012, бюл. № 22/2012.
6. Степанченко М.С. Спосіб моделювання гострого вторинного обструктивного пієлонефриту у щурів / М.С. Степанченко, О.С. Федорук: матеріали 95-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17,19, 24 лютого 2014 р.). – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – С. 131-132.
7. Степанченко М.С. Метод роздільного отримання сечі з кожної нирки при експериментальному пієлонефриті у щурів / Степанченко М.С., Стеців О.В., Владиченко К.А. // Хист. – 2014. – № 16. – С. 225
8. Kurihara S. Acute bacterial pyelonephritis: Pathogenesis, pathophysiology, and therapy / S. Kurihara, Y. Miyazaki, S. Kohno // Nippon Rinsho. – 2006. – Vol. 64, Suppl. 2. – P. 572-575.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ В ПОПУЛЯЦІЇ ПАЦІЄНТІВ
З ХХН V Д СТАДІЇ**

Шіфріс І.М.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України» м. Київ

Кількість хворих, які отримують лікування методами нирково-замісної терапії (НЗТ), зростає швидше, ніж населення світу. Темп приросту, в середньому, становить 7% на рік. Найбільш поширеним методом НЗТ залишається гемодіаліз (ГД), зокрема в 2012 році, частка ГД, в структурі діалізної модальності, становила 89%, перитонеального діалізу (ПД) – 11%. В Україні в 2013 році в структурі діалітичних методів ГД становив 84,6%, ПД – 15,4%. Наявна ситуація потребує значних фінансових витрат, як безпосередньо пов'язаних з діалізом, так і з фінансуванням інших медичних програм. В 2009 році загальні витрати США, обумовлені наданням спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ХХН VД ст. становили 42,5 млрд. доларів. Щорічні витрати на одного пацієнта з ХХН V Д в Італії, становлять 53,764 € (56,049€ ГД та 34,978€ ПД). З загальних витрат 59% безпосередньо пов'язані з діалізом, 21% з лікувально-діагностичними маніпуляціями, 13% з госпіталізаціями та 6,7% забезпеченням лікарськими засобами. Наголосу потребує той факт, що кошторис лікування в умовах стаціонару вдвічі перевищує витрати, пов'язані з систематичним забезпеченням дороговартісними лікарськими засобами, зокрема еритропоєтинами, фосфатбіндерами, парентеральними препаратами заліза. Дані дослідження DOPPS констатують, що саме стаціонарне лікування, становить основну частину вартості медичних послуг у зазначеній популяції. Річний рівень госпіталізації, серед країн Європи, є найнижчими в Італії та найвищим у Франції. Середня тривалість перебування хворого в умовах стаціонару коливається від 8,7 дня в Великобританії до 14,7 в Німеччині.

Продовжується дискусія стосовно впливу модальності діалітичного лікування на негативні події, зокрема частоту госпіталізації, результати якої залишаються суперечливими. Дані порівняльного дослідження, проведеного в популяції хворих на ХХН VД ст. Канади, засвідчили, що 25% ГД та 32% ПД пацієнтів, мали як мінімум одну госпіталізацію протягом року після початку НЗТ. За результатами аналогічного дослідження, проведеного в США, не встановлено достовірної різниці між ГД та ПД популяціями хворих в частоті та середній тривалості госпіталізації. На сьогодні є відомим, що зниження частоти та тривалості госпіталізації є одним з можливих шляхів удосконалення медичної допомоги.

Нами проведено епідеміологічне порівняльне дослідження структури госпіталізації хворих на ХХН V Д ст., які отримували лікування НЗТ у Київському міському науково-практичному центрі нефрології та діалізу (КМНПЦН та Д). Аналізу, в залежності від модальності, піддавались всі випадки госпіталізації які мали місце з 1 січня 2013 року по 31 грудня 2013 року. В 2013 році лікування методами НЗТ в умовах КМНПЦН та Д отримав 351 хворий на ХХН VД ст. (296 та 55 осіб, ГД та ПД відповідно). Протягом періоду, що підлягав вивченню, було госпіталізовано 142 хворих (чоловіків – $67,60 \pm 3,93$ %, жінок - $32,40 \pm 3,93$ %). Всього зареєстровано 173 випадки госпіталізації, в тому числі 142 (82,08 %) – первинні та 31 (17,92 %) повторні. Статистична обробка та математичний аналіз результатів дослідження здійснювався проведенням обчислення відносних та середніх величин, критеріїв їх достовірності. Визначали середнє значення (М), стандартне відхилення (SD), стандартну похибку (m). При цьому використовувались загальноприйняті у варіаційній статистиці формули Ст'юдента, χ^2 . Всі одержані цифрові дані опрацьовано з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою пакету статистичних програм STATISTIKA for Windows 6,0. Різниця вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Незважаючи на певні відмінності в структурі госпіталізації в залежності від модальності, найбільш поширеними причинами в обох групах були серцево-судинні захворювання (ССЗ), інфекції та анемія.

Аналіз частоти госпіталізації з приводу ССЗ констатував, що хвороби цього класу були причиною госпіталізації 4,39% ГД пацієнтів та 12,72% хворих групи ПД ($p = 0,014$). Питома вага ПД пацієнтів, які потребували госпіталізації, обумовленої анемією, також була вірогідно вищою ніж при лікуванні ГД (20% та 4,39 %, відповідно; $p = 0,0069$). Бактеріальні інфекції були причиною госпіталізації 5,4% хворих та не мали вірогідних відмінностей при аналізі в обох групах пацієнтів ($p = 0,98$).

Не залежно від модальності НЗТ, в структурі госпіталізації найбільша питома вага випадків, припадала на ініціацію лікування НЗТ. В структурі первинної госпіталізації пацієнтів, які лікуються

ГД понад 3 місяці, друге місце належало бактеріальним інфекціям (15,54%), третє посідали ССЗ та анемія (по 12,62%). При лікуванні ПД, за питомою вагою, друге місце посідали випадки, обумовлені анемією (28.22 %), третє – ССЗ (17.95%).

Аналіз середньої тривалості лікування дозволив встановити статистично значиму різницю середнього ліжка-дня при госпіталізації з приводу бактеріальних інфекцій та анемії. Тривалість госпіталізації ГД пацієнтів з інфекціями майже вдвічі перевищувала аналогічний показник при лікуванні ПД (34.81 ± 24.06 та 19.0 ± 3.61 , відповідно; $p=0.023$). При госпіталізації з метою корекції анемії середній ліжка-день в групі лікування ГД на 10 днів перевищував показник групи пацієнтів, які лікуються ПД (26.77 ± 7.57 та 16.27 ± 4.78 , відповідно; $p=0.0005$).

Аналіз клініко - лабораторних показників госпіталізованих хворих не дозволив встановити суттєві відмінності в залежності від модальності діалізу, та відповідно, їх впливів на показники госпіталізації. В період ініціації НЗТ вірогідно нижчим був показник насичення трансферину сироватки в групі ГД хворих, ніж пацієнтів, які розпочали лікування ПД (24.24 ± 20.2 та 38.96 ± 23.8 , відповідно; $p=0.07$). Дані кореляційного аналізу дозволив встановити наявність зв'язку між тривалістю лікування в умовах стаціонару та відомими предикторами негативних наслідків в зазначеній популяції хворих. Встановлено, що показник насичення трансферину негативно корелював з середнім ліжка-днем при ССЗ ($r = -0,4993$; $p = 0,0094$) та бактеріальних інфекціях ($r = -0,7202$; $p = 0,0025$). ІМТ позитивно корелював з тривалістю госпіталізації при ССЗ ($r = 0,5645$; $p = 0,0445$) та негативно – при бактеріальних інфекціях ($r = -0,6177$; $p = 0,0108$). В групі ГД хворих тривалість госпіталізації також позитивно пов'язана з рівнем фосфору сироватки ($r = -0,3604$; $p = 0,0335$).

Таким чином, проведені дослідження дозволило встановити відмінності в структурі госпіталізації хворих на ХХН Д ст., в залежності від модальності. Встановлені вірогідні статистичні кореляції між тривалістю перебування в умовах стаціонару та сатурацією трансферину сироватки, рівнем фосфору та ІМТ.

МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

СКРИНИНГ АНАТОМИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ
СЕКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИЗУРИИ У ЖЕНЩИН

Андреев С.В., Гарагатый А.И., Логвиненко И.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала

Введение. Лечение женщин, страдающих рекуррентной секс-индуцированной дизурией (РД), представляет весьма нетривиальную задачу, в основном, из-за недостаточной осведомленности практикующих врачей о механизмах формирования этого изнуряющего молодых пациенток страдания, сопровождаемого периодическим развитием ярко выраженной ирритативной симптоматики за счет химико-биологического раздражения рецепторного аппарата уретры (рефлюкс-уретрит) и воспалительными осложнениями за счет восходящей микробной контаминации мочевого тракта (цистит, пиелонефрит).

Развитие заболевания непосредственно связано с секс-индуцированным рефлюксом вагинального содержимого в уретру, чему способствуют анатомо-физиологические особенности женского организма (короткая широкая уретра) и индивидуальные вариации топологии наружного отверстия уретры – так называемая вагинальная эктопия уретры (ВЭУ) и ее гипермобильность на фоне уретро-гименальных спаек (УГС) – остатков девственной плевы.

Однако, субъективная оценка этих признаков не всегда однозначна. Далеко не во всех случаях среди женщин с РД, явно присутствует ВЭУ и УГС, равно как и среди здоровых особ, не всегда можно уверенно констатировать их отсутствие, что затрудняет диагностику и способно повлечь ложные выводы. В этой связи, имеется насущная необходимость в обладании более постоянным отличительным признаком, указывающем на анатомическую склонность женщины к развитию РД.

Материалы и методы. Проведено сравнительное морфометрическое обследование 215 пациенток фертильного возраста (18-45 лет), страдающих РД и 580 здоровых женщин (не страдающих РД) аналогичного возраста, для уточнения отличий в топологии наружного отверстия уретры относительно интроитуса с целью применимости данных для диагностики анатомической предрасположенности к инициации заболевания. Изучена информативность визуального определения ВЭУ, пробы Хиршхорна-О’Доннелл и измерения величины уретро-киторального промежутка. Все данные подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что визуальные признаки ВЭУ присутствуют среди пациенток с РД существенно чаще (в 4,4 раза), чем среди здоровых особ – 98 (45,6%) против 61 (10,5%) соответственно. Одновременно выяснено, что в соответствии с «традиционным описанием» – расположение уретры проксимально от плоскости входа во влагалище, наличие ВЭУ можно было с уверенностью констатировать лишь у половины женщин с РД – 98 (45,6%). В остальных наблюдениях наружные гениталии пациенток с РД внешне практически не отличались от таковых у здоровых особ.

Присутствия УГС у женщин оказалось весьма варибельным признаком. Само по себе их наличие разной степени выраженности встречалось достаточно часто как среди здоровых особ, так и среди пациенток с РД – 285 (49,1%) и 122 (56,7%) соответственно. Более патогномичным критерием явился позитивный характер пробы Хиршхорна-О’Доннелл, свидетельствовавший о гипермобильности дистальной уретры за счет УГС. Так, среди пациенток с РД проба Хиршхорна-О’Доннелл оказалась позитивной в 110 (51,2%) наблюдениях, что в 5 раз превысило аналогичный показатель среди здоровых женщин – 59 (10,2%).

Проверка нулевой гипотезы (критерий χ^2) установила, что для РД патогномичными признаками являются: ВЭУ ($\chi^2=114,53$; $p<0,001$) и/или УГС, но лишь при условии позитивного характера пробы Хиршхорна-О’Доннелл ($\chi^2=91,80$; $p<0,001$). Само по себе наличие УГС, без учета результатов пробы на мобильность, не являлось достоверным фактором, ассоциированным с РД ($\chi^2=3,62$; $p>0,05$). Чувствительность тестов оказалась низкой – 45,6 и 36,3%, при хорошей специфичности – 89,5 и 91,7% и прогностической значимости – 61,6 и 61,9% соответственно. Субъективная оценка этих признаков была не всегда однозначной.

Для измерения величины УКП была отработана однотипная методика. Использован прием разведения лепестков малых половых губ и оттеснения их в вентральном направлении до начала поступательного движения наружного отверстия уретры. При этом образуется перевернутый практически равнобедренный треугольник, в основании которого находится головка клитора, а у

вершины отверстие уретры, расстояние между которыми измеряется. Это позволило унифицировать получаемые данные и провести сравнения.

В результате выявлены достоверные различия между величиной УКП у женщин с РД и здоровых особ. Для пациенток с РД оказалась типичной величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – 3 см и менее ($\chi^2=403,84$; $p<0,001$). Средние показатели – $3,70\pm0,39$ (Ме 3,7) против $2,63\pm0,39$ см (Ме 2,6) соответственно ($p<0,01$). Различия между рожавшими и нерожавшими женщинами были несущественными – $3,67\pm0,34$ против $3,70\pm0,40$ см при РД ($p>0,05$) и $2,65\pm0,41$ против $2,57\pm0,33$ см у здоровых пациенток ($p>0,05$) соответственно.

Методика измерения УКП показала сбалансированную чувствительность (91,6%), специфичность (85,1%) и прогностическую ценность (69,7%) и практически не зависела от возраста, паритета и антропометрии женщины, что свидетельствовало о стабильности параметра и применимости его для скрининга анатомической предрасположенности к РД.

Выяснено что, чем больше величина УКП, тем сильнее выражена воронкоподобная конфигурация интроитуса, ближе друг к другу отверстия уретры и влагалища, их оси сходятся, короче длина уретры (по данным УЗИ), тоньше уретровагинальная перегородка, дистальная уретра явно провисает в просвет влагалища, но менее развиты УГС (и наоборот). В тех немногочисленных ситуациях, когда у пациенток с РД величина УКП оказывалась меньше 3 см – 18 (8,4%), обычно присутствовали «мощные» УГС (в отличие от здоровых женщин), что и обуславливало чрезмерное вовлечение дистальной уретры в половой контакт и развитие заболевания. В большинстве своем при РД имели место те или иные вариации сочетаний ВЭУ (УКП > 3 см) и различной выраженности УГС.

Факт сочетанного участия ВЭУ и УГС в развитии РД важен для определения рациональной лечебной тактики, в первую очередь, определения рационального объема хирургического пособия. При УКП≤3 см вполне достаточно выполнение гименоластики по Хиршхорну, а при УКП>3 см целесообразно (наряду с рассечением УГС) предусмотреть транспозицию дистальной части уретры.

Параметры «мужских достоинств» (по результатам ориентировочной оценки женщинами длины эрегированного фаллоса у полового партнера) оказались вполне сопоставимыми – $15,3\pm1,8$ против $14,7\pm1,7$ см ($p>0,05$) при РД и у здоровых особ соответственно. Это исключает избыточную значимость фаллического фактора в генезе РД ($\chi^2=0,69$; $p>0,05$) и подтверждает основную роль именно анатомических предпосылок со стороны интроитуса женщины. Тем не менее, отмечено, что при относительно крупном фаллосе – более 18 см (8-10%), чаще встречались спорадические эпизоды дизурии у женщин ($\chi^2=12,33$; $p<0,01$).

Заключение. Измерение величины УКП – простой диагностический прием, обладающий достаточной степенью информативности, может быть использован в качестве дополнительного критерия анатомической предрасположенности женщины к развитию РД, особенно при скрининге и в сомнительных ситуациях. Для пациенток с РД характерна величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – 3 см и менее ($\chi^2=403,84$; $p<0,001$).

При отсутствии клинических проявлений РД, любые анатомические конфигурации преддверия влагалища женщин, являются не более чем индивидуальными особенностями, которые могут остаться незамеченными или проявить себя в последующем (например, при смене полового партнера).

ДИСЛИПИДЕМИЯ И СНМП – КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ

Аркатов А.В., Беспалов Ю.В.

Хрьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала»

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротической природы в настоящее время представляют важнейшую медико-социальную проблему, являясь ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире. В Украине заболеваемость и смертность вследствие ССЗ в 1,5-2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы и Северной Америки. 75% случаев сердечнососудистых смертей приходится на страны с низким и средним уровнем доходов населения.

Ведущая роль в ССЗ принадлежит атеросклерозу, развитие которого происходит в результате гиперхолестеринемии (дислипидемии).

Традиционная гипохолестеринемическая терапия основана на применении синтетических средств – статинов и фибратов. Действие статинов основано на контроле производства холестерина в печени. Фибраты воздействуют на уже существующий в крови холестерин (ХС), особенно на

липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), оказывают нормализующий эффект при выраженной триглицеридемии.

Обширный спектр побочных негативных эффектов статинов и фибратов остается существенной проблемой в лечении и профилактике атеросклероза.

Фитостероны – большая группа растительных веществ (около 100 соединений), близкий по химической структуре животному продукту – холестерину. Благодаря этому они легко соединяются и блокируют специфические рецепторы, препятствуют усвоению экзогенного ХС, поступившего с пищей и эндогенного ХС, попавшего в кишечник с желчью. Прием растительных стероидов приводит к снижению ХС в человеческом организме более чем на 15%.

Основное действующее вещество препарата «Ситопростат» это β -ситостерол, который оказывает также активное влияние на ДГПЖ, является неконкурентным ингибитором 5 α -редуктазы – фермента, участвующего в трансформации тестостерона в дегидротестостерон. β -ситостерол обладает антисклеротическими, антипролиферативными и антибактериальными свойствами.

Входящие в состав препарата «Ситопростат» цинк и селен обеспечивают потребности организма в этих микроэлементах. Цинк необходим для синтеза гормонов: инсулина, гормона роста, тестостерона. Он также участвует в метаболизме липидов и белков, в выработке спермы, необходим для функционирования простаты. Цинк и селен тесно связаны, и при половых расстройствах при дефиците цинка, как правило, присутствует и дефицит селена. Селен участвует в синтезе и активности глутатионпероксидазы, обеспечивающих защиту от свободных радикалов, взаимодействие селена и цинк-фингерными белками необходимо для процессов репарации ДНК. Нарушение этих процессов ведет к нестабильности генома, и, как следствие, к канцеро- и мутагенезу.

Ситопростат обладает противовоспалительным, антиоксидантным, антиандрогенным и антиэстрогенным, антипролиферативным действием, цитотоксическим влиянием на ткань простаты при ДГПЖ. Тем самым снижая выраженность СНМП, наблюдающихся при ДГПЖ и хроническом простатите.

Ситопростат оказывает комплексное патогенетическое воздействие на нормализацию липидного обмена, снижению риска развития сердечнососудистых заболеваний, уменьшает проявление симптомов нижних мочевых путей, улучшая состояние мочевыделительной и половой системы у мужчин.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ АТРОФИИ ЯИЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ.

Бухмин А.В., Туренко И.А., Мегера В.В., Шусь А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Варикоцеле представляет собой варикозное расширение вен семенного канатика и яичка, которое может быть обусловлено различными нарушениями венозного оттока по вене яичка и/или недостаточностью венозных клапанов и врожденной слабостью венозных стенок.

По данным различных клиник, как отечественных, так и зарубежных, частота варикоцеле у обследованных составляет от 2 до 20% мужчин в разные периоды их жизни и является самым частым поражением органов репродуктивной системы у подростков. В возрасте до 10 лет заболеваемость составляет менее 1%, а с началом полового созревания она возрастает до 15 - 17% [1, 2].

Нарушения показателей спермограммы у больных варикоцеле встречается в 20-80% случаев, а среди страдающих бесплодием число мужчин с варикоцеле достигает 20-40%. Полученные данные легли в основу рекомендации Всемирной организации здравоохранения о проведении профилактической варикоцелэктомии у детей и подростков [3,4].

Варикоцеле является прямой причиной мужского бесплодия, однако нарушение образования и созревания сперматозоидов при этом заболевании встречается не у всех мужчин.

Кроме того, существуют исследования, свидетельствующие о временном характере улучшения показателей спермограммы у пациентов после варикоцелэктомии [5,6], что чрезвычайно актуально при решении вопроса о сроках лечения детей и подростков.

На фоне огромного массива накопленных данных о целесообразности использования широкого спектра исследования для решения вопроса о тактике ведения пациентов с варикоцеле удивительными выглядят результаты изучения практических подходов используемых американскими детскими урологами [7]. Согласно опросу и полученным ответам только 49% из опрошенных использовали ультразвуковое исследование органов мошонки у пациентов с варикоцеле. Почти треть опрошенных предлагают варикоцелэктомию сразу после выявления патологии. 57% детских

урологов никогда не направлял своих пациентов для выполнения анализа спермы. Полученные данные демонстрируют существенный разрыв между накопленным научным потенциалом и его практическим использованием в лечении детей и подростков с варикоцеле.

Материалы и методы. Объективным показателем отражающий ухудшение параметров спермограммы больных варикоцеле, является снижение объема яичка ипсилатерального варикоцеле на 2,0 см³ и более [8, 9].

Однако у детей использование абсолютных значений обладает существенным недостатком, так как при оценке степени атрофии не учитываются возрастные и индивидуальные особенности конституции.

В связи с этим в педиатрии используются относительный показатель отражающий степень тестикулярной гипотрофии - индекс тестикулярной атрофии (ИТА), который рассчитывается по формуле: $\frac{\text{объем правого яичка} - \text{объем левого яичка}}{\text{объем правого яичка}} \times 100\%$ [10].

Диспропорция тестикулярного объема 8% и более у подростков всегда сопровождается патологическими отклонениями в спермограмме. Поэтому ИТА 8% является границей, за которой продолжение наблюдения нецелесообразно и показана активная хирургическая тактика [11, 12].

Результаты и обсуждение. В исследование включены 72 мальчика в возрасте 12 – 17 лет. Варикоцеле I ст. выявлено у 9 (12,5%) мальчиков, II ст. – у 48 (66,7%) мальчиков, III ст. у 15 (20,8%) мальчиков. Группу контроля составила 12 мальчиков, сопоставимых по возрасту.

При обследовании больных наряду с традиционным осмотром и пальпацией проводили ультразвуковое исследование органов мошонки. Измеряли объем правого и левого яичка и производили вычисление ИТА (табл. 1).

Таблица 1

Доля больных с нарушением ИТА в зависимости от степени варикоцеле

ИТА	I степень		II степень		III степень		Контроль		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
<8%	9	100	29	60,4	5	33,3	12	100	>0,05
≥8%	-	-	19	39,6	10	66,7	-	-	>0,05
Всего	9	12,5	48	66,7	15	20,8	12	100	

При проведении исследования установлено, что ИТА <8% у больных варикоцеле II ст. (60,4%) в 1,6 раза встречалась реже, а у больных варикоцеле III ст. (33,3%) в 3 раза реже, чем в группе контроля ($p > 0,05$).

Отмечено, что ИТА ≥8%, при котором достоверно происходит нарушение процессов сперматогенеза, выявлено у 43 (40,3%) пациентов больных варикоцеле. Среди больных варикоцеле II ст. таких пациентов было 19 (39,6%), а среди больных варикоцеле III ст. - 10 (66,7%). Подобные изменения не выявлено у пациентов с варикоцеле I ст. и в группе контроля.

Отсутствие тестикулярной атрофии у детей при I ст. варикоцеле оправдывает выжидательную тактику и динамическое наблюдение.

При варикоцеле II и III ст., у 29 (60,4%) и 5 (33,3%) пациентов соответственно на фоне четко визуализирующихся расширенных вен семенного канатика ИТА был <8%. Данная ситуация с нашей точки зрения не исключает оперативного лечения, а лишь позволяет отодвинуть сроки выполнения варикоцелэктомии.

Таким образом, наличие тестикулярной атрофии при варикоцеле II и III ст. является важным критерием отбора больных, нуждающихся в оперативном лечении.

Литература:

1. A Doppler-based study on the prevalence of varicocele in German children and adolescents / D. Pfeiffer, J. Berger, C. Schoop et al. // Andrologia. – 2006. – Vol. 38. – P. 13.
2. Tekgül S, Riedmiller E, Gerharz P, et al. In: Guidelines on Paediatric Urology. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology, European Society for Paediatric Urology // 2009. – P. 23.
3. World Health Organization. The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics // Fertil Steril. – 1992. – Vol. 57. – P. 1289.
4. Sakamoto, H. Relationship between testicular volume and varicocele in patients with infertility / H. Sakamoto, Y. Ogawa, H. Yoshida // Urology. – 2008. – Vol. 71. – P. 104.
5. Testis volumes, semen quality, and hormonal patterns in adolescents with and without a varicocele / L.C. Haans, J.S. Laven, W.P. Mali et al. // Fertil Steril. – 1991. – Vol. 56. – P. 731.
6. Update on treatment of varicocele: counselling as effective as occlusion of the vena spermatica / E. Nieschlag, L. Hertle, A. Fischedick et al. // Hum Reprod. – 1998. – Vol. 13. – P. 2147.
7. Variations in the management of asymptomatic adolescent grade 2 or 3 left varicoceles: A survey of practitioners / K. Coutinho, D. McLeod, K. Stensland, J.A. Stock // J Pediatr Urol. – 2013, Dec – Vol. 11 – P. 203-205.

8. Kass, E.J. Adolescent varicocele: objective indications for treatment / E.J. Kass, J.E. Freitas, J.B. Bour // J Urol. – 1989. – Vol.142. – P.579-582.
9. Costabile, R.A. Testicular volume assessment in the adolescent with a varicocele/ R.A. Costabile, S. Skoog, M. Radowich// J Urol. – 1992, May. – Vol.147(5). – P.1348-1350.
10. Relationship of varicocele grade and testicular hypotrophy to semen parameters in adolescents / D.A. Diamond, D. Zurakowski, S.B. Bauer et al. // J Urol. – 2007. – Vol.178. – P.1584-1588.
11. Results of 104 adolescents with varicocele randomized to surgery or observation and followed up for 18 months / M.I. Kogan, A. Afoko, D.V. Siziakin et al. // 24st Annual EUA Congress, Stockholm Sweden. – 2009. – Abstract 100 Eur Urol Suppl, 2009. – P.145.
12. Коган М.И. Варикоцеле: противоречия и проблемы / М.И. Коган, А.А. Алвин, А. Афокко и др. // Урология. – 2009. – №6. – С.67-72.

АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Бухмин А.В., Россихин В.В., Туренко И.А., Бухмина Е.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность. Одной из медицинских причин, оказывающих влияние на численность населения, является рост заболеваний, приводящих к репродуктивной недостаточности у мужчин [1].

В этой связи вопросы охраны репродуктивного здоровья являются актуальной задачей государственного масштаба, составляя едва ли не главную медико-социальную проблему современного общества.

Целью исследования явилось выявление факторов репродуктивного риска у мальчиков при проведении профилактических осмотров.

Материалы и методы. Проведение профилактических осмотров организованного контингента мальчиков.

Результаты и обсуждение. Известно, что андрологические проблемы мужчины во многих случаях закладываются в детском и подростковом возрасте. От своевременности и качества оказания специализированной помощи мальчикам и подросткам с хирургическими заболеваниями половых органов зависит состояние их фертильности в будущем [2,3].

Мужчина в течение длительного времени не воспринимался, как возможная и наиболее вероятная причина бесплодия в супружеской паре.

Что касается роли заболеваний детского возраста в структуре репродуктивного здоровья, то только в середине 80-х годов XX столетия после публикации ВОЗ серии обзоров по репродуктивному здоровью подростков «Adolescent reproductive health» данному вопросу стали уделять должное внимание.

Сегодня мы наблюдаем несогласованность в действиях между детскими урологами, хирургами и эндокринологами, что часто приводило к негативному конечному результату.

Отсутствие преемственности между детскими и взрослыми специалистами приводит к тому, что достаточно сложные пациенты в возрасте 14 - 18 лет «повисают» в пределах кабинета подросткового врача. Следствием такого положения вещей является выявление инкурабельного бесплодия у лиц репродуктивного возраста, раннее возникновение диспотенции у молодых мужчин.

Проводимые регулярные профилактические осмотры организованного контингента мальчиков сотрудниками кафедры общей, детской и онкологической урологии ХМАПО, а так же врачами детского урологического отделения областного центра урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала позволили выявить целый ряд факторов репродуктивного риска. Надо отметить, что патология половых органов, требующая хирургической коррекции, у мальчиков обнаруживалась у 16,7 - 23,5% среди обследуемых детей, а структура заболеваний органов репродуктивной системы имела возрастные особенности.

При осмотре мальчиков грудного возраста выявлены следующие заболевания: патология крайней плоти (51,4%), аномалии вагинального отростка брюшины (19,7 %), которая была представлена водянкой яичка (10,2%), кистой семенного канатика (8,2%), паховой и мошоночной грыжей (1,3%), аномалии количества яичек - крипторхизм (2,7%).

В раннем детском возрасте патология крайней плоти выявлена у 53,1% детей, наблюдается снижение частоты заболеваний влагалищного отростка брюшины - до 11,5% (водянка яичка (5,1%), кистой семенного канатика (5,3%), паховой и мошоночной грыжей (1,1%)- чаще выявлялся крипторхизм (3,1%).

У детей дошкольного возраста болезни крайней плоти регистрируются с частотой 43,8%, патология вагинального отростка брюшины составляет 7,6%, аномалии положения яичка составляют 2,7%. Структура заболеваний и функциональных расстройств органов репродуктивной системы у мальчиков раннего школьного возраста представлена: патологией крайней плоти (41,2%),

заболеваниями вагинального отростка брюшины (2,7%), аномалиями количества яичек (2,5%), гипотрофией и гипоплазией яичка (0,7%).

У детей среднего школьного возраста заболевания крайней плоти характерны для 31,7% осмотренных, заболевания вагинального отростка брюшины для 2,7%, варикоцеле 1,9%, аномалии количества и положения яичек у 1,3%, гипотрофия/гипоплазия яичка - у 1,1%.

У юношей старшего школьного возраста доминируют варикоцеле (17,3%), патология крайней плоти – 2,3%, заболевания вагинального отростка брюшины (3,7%), а так же кисты придатка яичка и гитатид (1,7%). Кроме того у 3,7 - 9,3% подростков выявлены инфекции передающиеся половым путём.

Проведя оценку заболеваний половых органов у мальчиков были установлены факторы, определяющие репродуктивный риск среди которых: анорхизм (у 100% больных), односторонний крипторхизм (у 20%), двусторонний крипторхизм (у 65%). Факторами репродуктивного риска (у 40%) явились кисты придатка яичка, острая мошонка, и водянка яичка, левостороннее варикоцеле.

Неблагоприятным фактором обуславливающим репродуктивный прогноз так же явилось развитие водянки яичка после оперативного лечения варикоцеле у 5,3% больных. Так у 78% среди этих больных наблюдалась азооспермия и увеличения числа незрелых форм сперматозоидов, при этом восстановление спермограммы после оперативного лечения отмечено только у 1/4 части больных.

Выводы. С целью раннего выявления патологии половых органов и факторов риска репродуктивных расстройств необходима массовая диспансеризация детей и подростков с обязательным участием детского уролога-андролога.

Опыт проведения профилактических осмотров и полученные данные о распространенности заболеваний репродуктивной системы могут быть использованы для дальнейшего планирования массовых профилактических осмотров, а так же для планирования объема работы уролога детской поликлиники и контроля диспансерной группой.

Литература.

1. Мирский, В. Е. Детская и подростковая андрология Текст. / В. Е. Мирский, В. В. Михайличенко, В. В. Заезжалкин. СПб. : Питер, 2003. - 224 с.
2. Комарова, С. Ю. Первые итоги сбережения репродуктивного здоровья: мальчиков и подростков / С. Ю. Комарова, Н. А. Цап // Первый съезд детских урологов-андрологов : материалы съезда. — Москва, 2008. С. 45.
3. Тарусин, Д. И. Факторы риска репродуктивных расстройств у мальчиков и юношей подростков Тарусин Д. И. Москва, 2005. - 47 с.

НЕСТАНДАРТНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ. АЮРВЕДИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В.
ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

ВСТУПЛЕНИЕ. В последние годы значительно возросли требования к уровню качества жизни, неотъемлемой частью которого является сексуальная гармония, которая у мужчин в значительной степени зависит от полового влечения и эректильной функции [1]. В настоящее время распространённость эректильной дисфункции (ЭД) среди мужчин всех возрастов оценивают в 10%, а в группе мужчин 40-70 лет она достигает 52%.

Факторов риска ЭД чрезвычайно множество. Это хронические заболевания, хирургические вмешательства или травмы, приём медикаментов, стиль жизни. Хронические заболевания приводящие к ЭД: системные болезни (атеросклероз, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, почечная недостаточность, печёночная недостаточность); неврологические болезни: болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз; заболевания полового члена (болезнь Пейрони); психические расстройства: депрессия; эндокринные расстройства (гипертириозидизм, гипотиреозидизм, гипогонадизм, гиперпролактинемия). Эректильная дисфункция оказывает негативное влияние на качество жизни, самооценку, взаимоотношения с сексуальным партнёром [2].

Для лечения ЭД в последние годы применяется достаточно большое количество разнообразных препаратов. Существуют требования к идеальной терапии ЭД: простота; неинвазивность; безболезненность; высокий уровень успеха; немногочисленные незначительные побочные эффекты. Важным представляется поиск стимулирующих средств естественного происхождения, которым потребители отдают предпочтение перед продукцией химического синтеза [3].

На основе этих положений нами предпринято клиническое испытание эффективности и безопасности препарата «АНДРОВЕДА» производства фармацевтической фирмы «Конарк Аюрведа

Пвт.Лтд» у пациентов с ЭД и определение места препарата в лечении данной патологии. Нами накоплен определенный опыт работы с этим препаратом и целью работы является освещение данных долгосрочного исследования препарата «АНДРОВЕДА».

СОСТАВ ПРЕПАРАТА «АНДРОВЕДА». В одной капсуле препарата «АНДРОВЕДА» содержит экстракты лекарственных растений: Витания снотворная (*Withania somnifera*) 70 мг/капс; Спаржа прибрежная (*Asparagus adscendens*) 50 мг/капс; Аюрведическая Сар Сарна (Ay. Sar Sangrah) 50 мг/капс; Якорцы стелющиеся (*Tribulus terrestris*) 40 мг/капс; Мукуна жгучая (*Mucuna pruriens*) 25 мг/капс; Анациклус пиретриновый (*Anacyclus pyrethrum*) 25 мг/капс; Спаржа кистистая (*Asparagus racemosus*) 25 мг/капс; Ипомея пальчатая (*Ipomoea Digitata*) 20 мг/капс; Гигрофила (*Hygrophila Auriculata*) 20 мг/капс.

ФИТОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА «АНДРОВЕДА». Эффект при приеме препарата обусловлен активными компонентами данных экстрактов, в результате чего АНДРОВЕДА способствует увеличению либидо, улучшению эрекции, улучшению показателей эякулята, способствует улучшению психического состояния, обладает анаболической активностью, способствует увеличению физической выносливости и длительность полового акта. Андро Веда не содержит гормонов и не вызывает привыкания. Прекращение приема не вызывает синдрома отмены.

Экстракт **Витании снотворной**, обладающий ГАМК–миметической активностью, проявляет ряд фитотерапевтических эффектов: повышает частоту выделения гипоталамического гонадотропин-рилизинг фактора, способствующего увеличению секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ) клетками передней доли гипофиза. ЛГ стимулирует клетки Лейдига в семенных канальцах тестикул и увеличивает секрецию тестостерона. Посредством активации ГАМК-рецепторов клеток Лейдига происходит стимулирование их пролиферации. Увеличение уровня серотонина в гипоталамусе, может увеличивать время полового акта при синдроме преждевременной эякуляции. Благодаря ингибированию НАДФ-диафоразы в головном мозге, обеспечивается нейропротекторное действие.

Экстракт **Аспарагуса кистистого** является адаптогеном, повышает физическую и психическую выносливость.

Готовая форма **Аюрведическая Сар Сарна** состоит из экстрактов 6 растений и является адаптогеном и антиоксидантом.

Протодиосцин – стероидный сапонин растения **Якорцов стелющихся**, увеличивает уровень тестостерона, дегидротестостерона и дегидроэпиандростерона, оказывает стимулирующее влияние на сперматогенез, увеличивая количество сперматозоидов и их подвижность, осуществляет гипогликемический эффект, снижает холестерин и ЛПНП (липопротеины низкой плотности) в сыворотке.

Экстракт **Мукуны жгучей** проявляет антидепрессантный эффект, действует как тонизирующее и адаптогенное средство.

Экстракт растения **Анациклус пиретриновый** обладает анаболической активностью, увеличивает объем эякулята.

Экстракты растений **Аспарагус кистистый, Ипомея пальчатая, Гигрофила**, увеличивают неспецифическую резистентность, оказывают психостимулирующий эффект.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА «АНДРОВЕДА». Самостоятельно в качестве профилактического средства в комплексной терапии при: синдроме преждевременной эякуляции, коррекции показателей спермограммы, эректильной дисфункции различной этиологии, снижению либидо, снижению физической и психической выносливости.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА «АНДРОВЕДА».

- Рак предстательной железы;
- Печеночная недостаточность;
- Дети до 18 лет;
- Индивидуальное невосприятие компонентов продукта.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ ПРЕПАРАТА «АНДРОВЕДА». По 1 капсуле 2 раза в сутки на протяжении 30 дней. Курс рекомендуется повторять 2 раза в год. Возможна коррекция дозировки лечащим врачом. Капсулы принимают перед едой, запивая небольшим количеством воды.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ. При приеме в рекомендованной дозе Андро Веда переносится хорошо, побочные эффекты не выявлены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ходе проведенного исследования было обследовано 88 пациентов, страдающих сексуальными расстройствами. 58 из них (клиническая группа) на фоне

комплексной терапии, проводимой в клинике по поводу эректильной дисфункции, принимали исследуемый препарат «АНДРОВЕДА» по 1 капсуле 2 раза в день на протяжении 30 дней. В качестве группы сравнения пролечено 30 больных, которые не принимали препарат АНДРОВЕДА.

Возраст обследованных пациентов был в пределах от 24 до 65 лет, составив в среднем $33,7 \pm 3,1$ лет. Продолжительность сексуального расстройства также была различной - от 2 месяцев до 14 лет (в среднем $32,3 \pm 3,3$ мес.).

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы следующие заболевания. В клинической группе психогенной ЭД страдали 38 (65,5%) больных, смешанной ЭД – 14 (24,1%) пациентов, у остальных 6 (10,3%) больных установлен диагноз интерорецептивно-психогенной ЭД. В контрольной группе у 22 (73,3%) больных поставлен диагноз психогенной ЭД; у 5 (16,7%) пациентов наблюдалась смешанная ЭД с преобладанием психогенного компонента, еще 3 мужчин (10%) страдали интерорецептивно-психогенной ЭД. Больные обеих были полностью обследованы в динамике.

Все пациенты с учетом диагностированной формы сексуального расстройства получали базовую терапию. В курс лечения входили рациональная психотерапия, поливитаминные препараты, седативные средства, проводились физиотерапевтические методики. В соответствии с условиями испытания, не применялись адаптогены других групп, психостимуляторы, прочие растительные препараты для стимуляции эрекции. Пациенты из клинической группы на фоне базовой терапии принимали исследуемый препарат на протяжении 1 месяца.

Для оценки клинической эффективности действия препарата нами использовались:

1. Динамика показателей вопросника Международного Индекса Эректильной Функции: эректильная функция, удовлетворённость половым актом, оргазм, половое влечение, общая удовлетворённость; субъективную оценку клинической эффективности пациентом. Показатели больных обеих групп приведены в таблице 1.

2. Оценка клинической эффективности врачом («отличный эффект» – возрастание показателя «эректильная функция» более чем на 50% или достижения значения шкалы 25 баллов и выше, «хороший ответ» - возрастание показателя на 30 – 50%, «удовлетворительный ответ» – на 10 – 30%, без эффекта – изменение показателя на $\pm 10\%$, «ухудшение» – снижение показателя на 10 и более %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все интегративные показатели Международного индекса эректильной функции достоверно увеличились в обеих группах (таблица 1)

Таблица 1.

Динамика интегративных показателей Международного индекса эректильной функции

Показатель	Клиническая группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Достижение эрекции (МИЭФ 1)	$2,3 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,2^{**}$	$2,2 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,2^*$
Эрекция при сексуальной стимуляции (МИЭФ 2)	$2,2 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,3^{**}$	$2,0 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,2^*$
Достаточность эрекции (МИЭФ 3)	$2,0 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,3^{**}$	$2,1 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,2^*$
Сохранение эрекции (МИЭФ 4)	$2,2 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,2^*$	$2,1 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,3^*$
Эрекция до завершения полового акта (МИЭФ 5)	$2,1 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,2^{**}$	$2,2 \pm 0,3$	$3,2 \pm 0,1^*$
Число попыток совершить половой акт (МИЭФ 6)	$2,1 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,2^*$	$2,0 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,3^*$
Удовлетворённость половым актом (МИЭФ 7)	$2,2 \pm 0,3$	$3,8 \pm 0,6^*$	$2,3 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,3^*$
Удовольствие от полового акта (МИЭФ 8)	$1,9 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,2^*$	$1,9 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,1^*$
Частота эякуляций (МИЭФ 9)	$2,1 \pm 0,4$	$3,8 \pm 0,1^*$	$2,3 \pm 0,4$	$3,2 \pm 0,2^*$
Частота оргазмов (МИЭФ 10)	$2,2 \pm 0,3$	$3,8 \pm 0,2^*$	$2,3 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,3^*$
Сексуальное желание (частота) (МИЭФ 11)	$2,3 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,2^{**}$	$2,4 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,2^*$
Сексуальное желание (степень) (МИЭФ 12)	$2,4 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,2^*$	$2,5 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,1^*$
Удовлетворённость сексуальной жизнью в целом (МИЭФ 13)	$1,9 \pm 0,1$	$3,4 \pm 0,3^*$	$1,9 \pm 0,1$	$2,7 \pm 0,2^*$
Удовлетворённость сексуальными	$2,2 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,2^*$	$2,4 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,1^*$

Мужское и женское репродуктивное здоровье

отношениями с партнёршей (МИЭФ 14)				
Уверенность в достижении и поддержании эрекции (МИЭФ 15)	2,1±0,2	3,8±0,2*	2,2±0,2	2,8±0,2
Эректильная функция	11,54±0,49	19,53±0,79**	11,33±0,57	15,13±0,68*
Удовлетворённость половым актом	8,37±0,42	13,26±0,42**	8,22±0,47	10,15±0,57*
Оргазм	5,41±0,33	8,01±0,23**	5,33±0,28	7,26±0,32*
Половое влечение	6,78±0,42	9,34±0,51**	6,65±0,63	8,47±0,39*
Общая удовлетворённость	4,22±0,48	6,12±0,46**	4,37±0,41	5,26±0,38

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$ (по отношению к исходному уровню).

К 30 дню лечения в контрольной группе показатель «эректильная функция» увеличился на 25,2% ($p < 0,05$), «удовлетворённость половым актом» - на 19,1% ($p < 0,05$), «оргазм» - на 26,6% ($p < 0,05$), «общая удовлетворённость» - на 17,0% ($p < 0,01$).

Назначение препарата АНДРОВЕДА приводило к возрастанию показателей МИЭФ на 25-75%. В целом, величина эректильной функции пациента увеличилась на 59,1%. Увеличение других параметров было менее выраженным: удовлетворённость половым актом - на 36,9%, оргазм - на 32,5%, либидо - на 27,5% и общая удовлетворённость сексуальной жизнью - на 32,1%.

Оценка качества эрекции производилась пациентами по предложенной шкале: 0 - отсутствие; 1 - тумесценция полового члена без ригидности; 2 - ригидность, достаточная для проведения коитуса; 3 - полная эрекция.

Таблица 2.

Оценка качества эрекции у пациентов, страдавших сексуальными расстройствами

Оценка качества эрекции	Контрольная группа До лечения (n=30)	Контрольная группа после лечения (n=30)	Клиническая группа до лечения (n=58)	Клиническая группа после лечения (n=58)
Отсутствие эрекции.	5 (16,7%)	0 (0%)	12 (20,7%)	0 (0%)
Тумесценция без ригидности.	19 (63,3%)	5 (16,6%)	37 (63,8%)	5 (8,6%)
Частичная эрекция.	6 (20,0%)	11 (36,7%)	9 (15,5%)	17 (29,3%)
Полная эрекция.	0 (0%)	14 (46,7%)	0 (0%)	36 (62,1%)

Субъективно обнаружена заметная тенденция к улучшению эрекции по субъективной оценке обследованных в результате приема АНДРОВЕДЫ. Так, если до лечения полной эрекции не было ни у одного из больных, а частичная эрекция - только у 5 (16,6%), то после курса приема препарата полная эрекция восстановилась у 14 (46,6%), а в целом способными к проведению коитуса оказались 25 (83,3%) пациентов. В то же время в клинической группе способность к достижению частичной или полной эрекции после проведения терапии препаратом АНДРОВЕДА отмечена у 53 (91,4%) обследованных. Очевидно, что включение в курс комплексной терапии сексуальных расстройств препарата «АНДРОВЕДА» повысило эффективность лечения на 8,1%.

Для объективизации полученных результатов нами проведена оценка состояния кавернозного кровотока с помощью метода реофаллографии.

Таблица 3.

Состояние кавернозного кровотока у пациентов

Изучаемые показатели	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (n=30)		КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА (n=58)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Реографический индекс, РИ	0,31±0,02	0,42±0,02 $p < 0,01$ $p^1 > 0,1$	0,33±0,02	0,45±0,03 $p < 0,05$
Удельный кровоток, dV	0,138±0,009	0,157±0,008 $p > 0,05$ $p^1 > 0,05$	0,140±0,008	0,151±0,007 $p > 0,1$
Минутный кровоток, Qмин	9,79±0,53	10,97±0,89 $p > 0,05$ $p^1 > 0,1$	9,67±0,39	12,34±0,47 $p > 0,1$

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p^1 - достоверность различий показателей между группами.

Как следует из таблицы 3, из трех изучаемых параметров кровотока в кавернозных телах статистически достоверно увеличивается только реографический индекс, но в группе пациентов,

получавших препарат АНДРОВЕДА этот показатель достоверно выше. Удельный и минутный кровоток также обнаруживают тенденцию к повышению, однако достоверных отличий до и после лечения препаратом «АНДРОВЕДА» не выявлено.

После окончания курса лечения была произведена оценка эффективности препарата «АНДРОВЕДА» пациентами (на основании субъективных ощущений: длительность эрекции, выраженность либидо, способность к проведению полноценного коитуса). В контрольной группе больных, как высокую эффективность лечения оценили 12 (40%) обследованных, достаточной она была у 13 (43,3%) мужчин. На низкую эффективность или ее отсутствие указали по 4 (13,3%) больных. Таким образом, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили в 25 (83,3%) случаев.

В клинической группе высокую эффективность лечения отметили 36 (62,1%) обследованных, достаточной она была у 17 (29,3%) мужчин. На низкую эффективность или ее отсутствие указали 5 (8,6%) больных. Таким образом, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили в 53 (91,4%) из 58 случаев.

Нами была произведена оценка действия препарата АНДРОВЕДА женами или сексуальными партнерами пациентов в 48 случаях. Отличный результат отметили 17 (35,4%) партнерш, достаточный – 15 (31,2%), и низкую эффективность или ее отсутствие отметили в 16 (33,4%) случаях. Как видно из приведенных данных, жены и сексуальные партнерши наших пациентов дают более сдержанную оценку действию препарата, что вполне объяснимо.

За время лечения изучаемым лекарственным средством побочные эффекты отмечены не были.

ВЫВОДЫ.

1. Препарат «АНДРОВЕДА» является эффективным средством лечения сексуальных расстройств. Эффективность лечения препаратом составила 91,4%.
2. Препарат «АНДРОВЕДА» способен усиливать кавернозный кровоток. Об этом свидетельствует увеличение показателей реофаллографии после 30-дневного курса на 20,7%.
3. Препарат «АНДРОВЕДА» хорошо переносится пациентами и не дает побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. И. И. Горпинченко. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Здоровье мужчины. - №1, 2002. - С. 9 – 11.
2. Клінічна сексологія і андрологія / За ред. О.Ф.Возіанова, І.І.Горпинченка. – К.: Здоров'я, 1996. – 536 с.
3. Мамчур Ф.И., Кушнирук Ю.И. Фитотерапия в комплексном лечении половых расстройств у мужчин. – К.: Здоров'я, 1992. – 144 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ЦИТОМЕДИНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

ВВЕДЕНИЕ. Проблема лечения хронических воспалительных заболеваний органов половой сферы у мужчин до настоящего времени остается одной из самых актуальных проблем в андрологии, репродукторлогии сексопатологии [1,2,3,4]. Одним из самых распространенных воспалительных заболеваний половых органов у мужчин является простатит, который в чистом виде почти не встречается. Наиболее часто он сочетается с уретритом, везикулитом, колликулитом и др.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ. Простатит - остро или хронически протекающее воспаление паренхиматозной и интерстициальной ткани предстательной железы. Хронический простатит остается весьма распространенным (в Украине около 19% мужчин активного сексуального и репродуктивного возраста), недостаточно изученным и плохо поддающимся лечению заболеванием. Причиной этого является то, что в большинстве случаев заболевания его этиология, патогенез и патофизиология остаются не до конца известными.

Предстательная железа - непарный железисто-мышечный орган, расположена в малом тазу, вокруг верхней части мочеиспускательного канала, непосредственно под мочевым пузырем и выполняет в организме мужчины, являясь самым крупным секреторным органом мужской репродуктивной системы, ряд важных функций:

1. **Моторная**, которая осуществляется за счет: гладкомышечных волокон капсулы и простатической части уретры, являющейся непроизвольным сфинктером мочевого пузыря, а также выбрасывания секрета ПЖ при эякуляции.

2. **Барьерная** обеспечивает защиту полового тракта от инфекции. Существуют простатические и уретральные защитные механизмы. **Простатические** защитные механизмы: Zn-пептидный комплекс; лизоцим; Ig A, Ig G, Ig M; спермин. **Уретральные** защитные механизмы: нормальная уродинамика; Ig A, Ig G; фагоцитарная активность полиморфноядерных лейкоцитов уротелия; баланс флоры /бактериальный фактор/; секреция эпителиальными клетками специфических бактерицидных веществ. Естественный баланс флоры необходимо учитывать для правильной интерпретации результатов бактериологических исследований. Спектр микроорганизмов, колонизирующих дистальную уретру: Staph. Epidermidis; Corynebacterium; непатогенные стрептококки; Г-положительные палочки; непатогенные анаэробы /Peptococcus, Peptostreptococcus, Bacteroides, Eubacterium, Clostridium и др./.

3. **Секреторная**. Клетки предстательной железы секретируют: лимонную кислоту; кислую фосфатазу; простатоспецифический антиген; биологически активные полипептиды и амины /серотонин и др./

Предстательная железа является гормонозависимым органом. Все ее функции контролируются андрогенами.

Существуют определенные анатомо-физиологические особенности, предрасполагающие к хроническому простатиту:

- длинные выводные протоки ацинусов предстательной железы, покрытые криптоподобной слизистой, предрасполагают к затруднению оттока секрета железы и последующему развитию воспаления в ней; слабость жомов выводных протоков ацинусов способствует легкому проникновению в них микроорганизмов из уретры;
- наличие плотной фиброзной капсулы, отек при воспалении ведет к повышению внутрипростатического давления и нарушению микроциркуляции;
- обилие анастомозов между венами таза и предстательной железы и анатомическая неоднородность вен малого таза;
- генетически обусловленная гипоандрогения и эстрогенизация.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ. Наиболее важными факторами, влияющих на возникновение и поддержание хронического воспалительного процесса в предстательной железе, на наш взгляд являются: инфекционный фактор, включая заболевания передающиеся половым путем; факторы, способствующие развитию в предстательной железе нарушения кровообращения и конгестии; нейровегетативные расстройства моторной функции предстательной железы и нижних мочевых путей (повышенная чувствительность альфа-адренорецепторов, динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретро-простатические рефлюксы, гиперактивный мочевой пузырь); нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна (гипертонус, часто сочетания с диссинергией замыкательного аппарата мочевого пузыря, гипотония); нарушение барьерной функции предстательной железы; гормональный дисбаланс; нарушения иммунитета (иммунодефицит, аутоиммунный процесс); аллергический статус (инфекционно-аллергический или аллергический процесс); дефицит витаминов и микроэлементов; психосоматические нарушения.

Вероятно, все эти процессы, в той или иной степени, часто связаны между собой и могут играть роль в патогенезе хронического простатита. Профессор Nickel C.J. (2000) определяет заболевание, как "мультифакторный каскад" патологических превращений, которые инициируются тем или иным агентом (событием или процессом) и приводят к возникновению симптоматики болезни и болевого синдрома [10,15].

Инфекция считается наиболее частой и вероятной причиной возникновения хронического простатита. Наиболее часто острые и хронические бактериальные простатиты вызываются грамотрицательной флорой и, в первую очередь, кишечной палочкой, на долю которой приходится от 65 до 80% всех случаев заболевания. Менее часто встречаются другие грамотрицательные бактерии: Proteus, Enterobacter, Klebsiella, Pseudomonas. Реже можно обнаружить грамположительные бактерии: Enterococcus, Staphylococcus, Streptococcus. В настоящее время при обследовании больных хроническим простатитом все чаще обнаруживают уреоплазмы, хламидии, трихомонады, гарднереллы, анаэробы, коагулазонегативные стафилококки, грибы рода Candida и их ассоциации. Эти микроорганизмы относят к вероятным этиологическим факторам хронического простатита [9,10,11].

При обнаружении у больных хроническим простатитом вышеуказанных патогенных микроорганизмов в высоком титре, можно говорить о инфекционном характере процесса.

Выделяют следующие возможные пути инфицирования предстательной железы: восходящий уретрогенный путь, уретро-простатический рефлюкс, уретро-венозный рефлюкс, гематогенный, лимфогенный, прямая инвазия кишечными бактериями [9,12,13,14].

Чаще всего (90%) инфекция проникает в предстательную железу через уретру, а простатит является осложнением воспаления мочеиспускательного канала. В этом значительную роль играют инфекционные заболевания передаваемые половым путем (ЗППП). Примерно 95% уретритов имеют экзогенное происхождение.

В свою очередь, при бактериальном простатите всегда имеется возможность инфицирования или реинфицирования задней уретры выделяющимся туда секретом железы.

Многочисленные выводные протоки предстательной железы, открывающиеся на слизистой оболочке простатической части уретры, создают возможность интраканаликулярного внедрения патогенных микроорганизмов при инфекционных воспалительных процессах в этом отделе мочеиспускательного канала. Поэтому в большинстве случаев задний уретрит любой этиологии, как правило, осложняется воспалением предстательной железы [9,10,11,12,14,15,16].

Кроме восходящей уретрогенной инфекции, через выводные протоки в железу могут проникать микроорганизмы из инфицированной мочи. Урогенный путь инфицирования предстательной железы наблюдается значительно реже, чем уретральным.

Хронический простатит способен развиваться также вследствие гематогенного заноса инфекции. Анатомо-физиологические особенности кровоснабжения предстательной железы, широко развитые венозные и артериальные анастомозы способствуют абсорбции в ней циркулирующих с кровью микроорганизмов.

Возможен и лимфогенный путь инфицирования. Об этом свидетельствует развитие простатитов у больных передними уретритами в первые дни после заражения, когда задняя уретра остается еще интактной. Иногда микроорганизмы проникают в предстательную железу лимфогенным путем из кишечника при проктитах, колитах, трещинах заднего прохода и т. д.

Длительно текущий воспалительный процесс приводит к прогрессированию пролиферативных процессов.

В начале появляются мелкие рубцовые изменения, нарушающие кровообращение в железе, а затем происходит осумкование очагов инфекции. Разросшаяся соединительная ткань вокруг патологически измененных очагов сдавливает выводные протоки железы, вызывая застой их секрета, который в последующем распадается и всасывается тканями железы, вызывая дополнительную сенсибилизацию организма и дальнейший каскад патологических изменений. Активация в результате воспаления кининообразующих энзиматических систем, выработка простагландинов, изменение физиологического влияния предстательной железы на свертывающую и антисвертывающую активность крови, нарушение андрогенного баланса - обуславливают широкий спектр клинических проявлений этого заболевания.

Считается аксиомой, что конгестия предстательной железы предрасполагает к ее воспалению. Среди причин способствующих конгестии называют половые нарушения и дизритмию половой жизни.

Факторами, способствующими возникновению и развитию хронического простатита, могут быть иммунные нарушения и изменение аллергического статуса. При длительном течении заболевания может возникнуть сенсибилизация организма тканями предстательной железы, влекущая за собой аллергизацию организма как местного, так и общего характера.

В изучении патогенеза хронического простатита представляет немаловажный интерес выяснение неспецифического и специфического иммунологического статуса больных при данном заболевании. Количественное и качественное определение плазменных и секреторных белков в секрете предстательной железы при различных формах хронического простатита имеет значение для выявления бактериальной этиологии заболевания и возможности ранней диагностики вялотекущего воспалительного процесса в железе. В последнее время все больше внимания уделяется роли цитокинов в развитии и поддержании хронического простатита [9,10,11,12,14,15,16].

В случае развития воспалительного процесса в предстательной железе она утрачивает свою защитную функцию, превращается в постоянно или длительно действующий очаг инфекции. Этим можно объяснить тот факт, что при хроническом бактериальном простатите могут наблюдаться осложнения в виде везикулита, цистита, эпидидимита, орхита, пиелонефрита, парапроктита.

Предрасполагающим фактором развития воспалительного процесса в предстательной железе может явиться снижение уровня андрогенной насыщенности организма, что ухудшает трофику органа с понижением его защитных свойств.

Некоторые формы хронического простатита связаны с первоначальным нарушением функции симпатической нервной системы и гиперактивностью α_1 -адренорецепторов. Кроме того, рефлюкс мочи в протоки и долики предстательной железы может стимулировать стерильную воспалительную реакцию.

Изучение психического статуса больных хроническим простатитом привело к пониманию вклада психосоматических нарушений в патогенез заболевания. Среди пациентов с хроническим простатитом довольно частой находкой является депрессия [9,10,11,12,14,15,16].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ. Боль и ощущение дискомфорта в промежности были самыми распространёнными симптомами хронического простатита. Второе и третье места по распространённости занимают надлобковая боль и дискомфорт, боль и дискомфорт при эякуляции, соответственно. Среди симптомов, связанных с мочеиспусканием, самым распространённым является повышенная частота мочеиспускания, затем - затруднённое мочеиспускание и повелительный позыв к мочеиспусканию.

КЛАССИФИКАЦИЯ. Согласно новой классификации простатических синдромов Национального Института Здоровья США выделяются: острый бактериальный простатит (I), хронический бактериальный простатит (II), хронический абактериальный простатит или синдром хронических тазовых болей (III) (воспалительный синдром хронических тазовых болей (A) и невоспалительный синдром хронических тазовых болей (B) и асимптоматический простатит с воспалительным компонентом (IV).

Необходимо отметить, что данная классификация, несмотря на простоту, также содержит ряд спорных моментов. В первую очередь это касается формулировок "бактериальный" и "абактериальный". Так как в качестве этиологического фактора могут выступать помимо бактерий вирусы, грибы и простейшие.

ДИАГНОСТИКА. Лабораторную и инструментальную диагностику хронического простатита составляют: мазок из уретры; микроскопия секрета предстательной железы; посев секрета простаты; обследование больного на ЗППП; ультрасонография предстательной железы; урофлоуметрия.

Лечение хронического простатита, одного из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин посвящено колоссальное количество публикаций, в которых для лечения предлагаются самые различные методики физиотерапевтического воздействия в сочетании с разнообразными лекарственными препаратами.

Основное место в терапии занимают антибактериальные препараты. Ввиду широкой распространенности и социальной важности вопроса, требования к антибактериальным препаратам достаточно высоки. ВОЗ разработаны специальные рекомендации, которым должны отвечать препараты, используемые для лечения: эффективность не менее 90%; доступная цена; хорошая переносимость и малая токсичность; пероральный прием; возможность назначения во время беременности; медленное развитие резистентности микроорганизмов к средствам терапии.

Эффективность является важнейшим критерием отбора схем лечения. Схемы с гарантией излечения меньшей, чем 90% должны использоваться с осторожностью, т.к. такое лечение способствует селекции устойчивых штаммов и таким образом уменьшается эффективность лечения последующих пациентов. Применение схем лечения, эффективность которых ниже 80% недопустимо. В настоящее время фармакология предлагает массу препаратов, которые отличаются различной степенью эффективности [1,2,3,4,5,6,7,8]. Большое внимание привлекают антибактериальные препараты новых поколений, к которым микроорганизмы еще не успели выработать факторы резистентности.

Терапия также предусматривает включение в комплекс терапевтических средств иммуномодулятора и препарата для предотвращения развития кандидозных поражений. Кроме того, в последнее время часто и с большим успехом применяются комплексные препараты натурального происхождения, относящиеся к группе цитомединов. Ярким примером являются препараты суппозиторий для ректального применения, приготовленные из предстательных желез молодых половозрелых бычков – ВИТАПРОСТ и ВИТАПРОСТ ФОРТЕ.

Основным их действующим веществом является простатин, обладающий органотропным действием в отношении предстательной железы и представляющий собой комплекс полипептидных

фракций, выделенных из предстательной железы половозрелых молодых бычков. Простатилен улучшает микроциркуляцию и процесс дифференцировки клеток предстательной железы, а также нормализует секреторную функцию предстательной железы и способствует устранению микроорганизмов из ее секрета. Простатилен оказывает регулирующее действие на тонус гладкомышечных элементов предстательной железы и мочевого пузыря [3]. Препарат улучшает функциональную активность эпителия ацинусов, уменьшает инфильтрацию интерстициальной ткани, явлений тромбоза венул и нормализует соотношение лейкоцитов и липоидных телец в секрете ацинусов предстательной железы [4]. Также показано выраженное угнетающее действие препаратов ВИТАПРОСТ и ВИТАПРОСТ ФОРТЕ на тромбообразование путем ингибции тромбоцитарно-сосудистого механизма гемостаза [5]. Поэтому одним из показаний для использования суппозиторий является абактериальный простатит [6]. Кроме того, ВИТАПРОСТ и ВИТАПРОСТ ФОРТЕ оказывает содействие восстановлению эластичности и тонуса детрузора снижает порог микционного рефлекса, поэтому его применяют при атонии мочевого пузыря после операций на органах живота и малого таза [7,8]. Простатилен обладает иммунорегулирующими свойствами и его влияние распространяется на все звенья иммунной системы. Важным его достоинством является способность регулировать соотношение субпопуляций Т-лимфоцитов с одновременным уменьшением содержания в крови Ig G и Ig A. Кроме того, показано положительное влияние простатилена на интенсивность либидо, эректильную и эякуляторную функцию мужчин. Важной деталью действия ВИТАПРОСТА и ВИТАПРОСТА ФОРТЕ является отсутствие побочных явлений. Из антибактериальных препаратов в настоящее время предпочтение отдается антибиотикам, способным к внутриклеточной кумуляции (тетрациклины, фторхинолоны, макролиды).

Лекарственные действующие вещества из суппозиторий попадают непосредственно в кровоток минуя печень. Это средства быстрой доставки лекарственных веществ. Скорость поступления действующих лекарственных веществ в кровь при применении ректальных суппозиторий незначительно уступает скорости поступления при введении инъекционно, кроме того анатомически лекарственное вещество попадает в сосуды непосредственно прилегающие к предстательной железе и семенным пузырькам, что еще ускоряет их доставку в очаг воспаления.

Еще применение суппозиторий предпочтительно при лечении больных у которых наблюдаются заболевания ЖКТ, т.к. действующие вещества попадая в организм человека в виде суппозиторий минуя ЖКТ не оказывают раздражающего действия на слизистую оболочку желудка.

Подводя итоги вышесказанному, отмечаем, что ВИТАПРОСТ И ВИТАПРОСТ ФОРТЕ обладают органотропным действием в отношении простаты и позволяет осуществлять патогенетическую терапию заболеваний предстательной железы и функционально связанных с ней органов. В ходе изучения биорегуляторов ВИТАПРОСТ И ВИТАПРОСТ ФОРТЕ выявлены следующие фармакологические эффекты:

- нормализация микроциркуляции и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза
- регуляция тонуса мышц мочевого пузыря, в том числе детрузора
- снижение числа лейкоцитов в секрете предстательной железы
- снижение титра выявленного возбудителя (вплоть до абсолютной стерильности) или угнетение его жизнедеятельности, что свидетельствует об опосредованном бактериостатическом действии препарата на секрет предстательной железы
- нормализация сперматогенеза: увеличение количества и подвижности сперматозоидов при снижении числа патологических форм
- модулирующее влияние на состояние Т- и В-систем иммунитета, NK-активность и неспецифическую резистентность организма.

Разница между препаратами ВИТАПРОСТ и ВИТАПРОСТ ФОРТЕ состоит в количестве действующего вещества – ПРОСТАТИЛЕНА. ВИТАПРОСТ содержит 50 мг ПРОСТАТИЛЕНА, а ВИТАПРОСТ ФОРТЕ – 100 мг. Учитывая это, нами разработана следующая схема применения этих препаратов в комплексном лечении хронического простатита: первые 10 дней применяется ВИТАПРОСТ ФОРТЕ, а затем десять дней – ВИТАПРОСТ по 1 ректальному суппозиторию на ночь. В случае необходимости курс лечения может быть продлен.

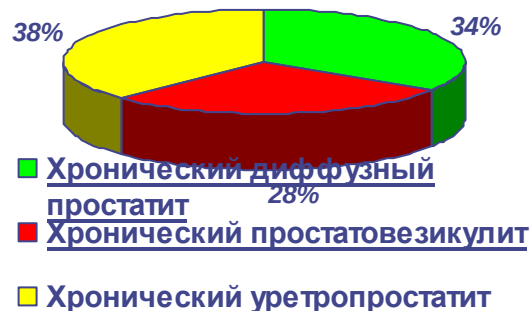
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» изучалась клиническая эффективность и безопасность применения комплексного лечения мужчин с хроническим простатитом с использованием препаратов ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ.

В динамике обследовано и пролечено 68 пациентов, страдающих хроническим неспецифическим простатитом. Клиническая группа составляла 36 пациентов в возрасте от 24 до 42 лет (в среднем $26,7 \pm 3,2$ лет) и продолжительностью заболевания - от 6 месяцев до 4 лет. Контрольная группа составляла 32 больных в возрасте от 22 до 44 лет (в среднем $25,8 \pm 3,1$ лет) и продолжительностью заболевания - от 9 месяцев до 5 лет.

Лечение. Все больные получали следующее лечение. Для получения антибактериального эффекта назначали препарат ХЕМОМИЦИН в дозировке один раз в сутки, за час до еды или через 2 часа после еды по 1 г (4 таблетки), а затем по 500 мг (2 таблетки) №4 с интервалом в 4 суток. Всего на курс – 3000 мг. Пациенты также получали иммунотерапию (препарат ЛАВОМАКС по стандартной схеме), пиротивоболное лечение (РАПТЕН РАПИД), гепатопротекторы (ЭСЛИВЕР), а также симптоматическое лечение, физиотерапию (лазеротерапию, магнитотерапию), противогрибковые препараты, витамины. Кроме того, пациенты клинической группы получали препараты ВИТАПРОСТ и ВИТАПРОСТ ФОРТЕ по 1 суппозиторию в задний проход после самопроизвольной дефекации 1 раз в день вечером перед сном в течение 20 дней. Первые 10 дней применяли препарат ВИТАПРОСТ ФОРТЕ, а затем 10 дней – препарат ВИТАПРОСТ.

Все пациенты обследованы в динамике. Для изучения эффективности лечения были использованы клинические, лабораторные, инструментальные показатели. Для изучения клинической эффективности использования препарата определены критерии субъективной оценки: улучшение общего состояния пациента; уменьшение дизурических явлений; уменьшение болевых ощущений. Критериями объективной оценки эффективности действия препарата были приняты лабораторные и ультразвуковые показатели. Из исследования были исключены больные с хроническими заболеваниями печени и почек. По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы следующие заболевания (схема 1).

Схема 1. Распределение больных по нозологии.



Клиническая картина заболеваний в обеих группах представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Симптоматика заболеваний до лечения в клинической и контрольной группах (количество больных).

Симптоматика	Клиническая группа (n=36)	Контрольная группа (n=32)
Алгический синдром	32 (88,9%)	27 (84,4%)
Дизурические явления	13 (36,1%)	10 (31,3%)
Выделения из уретры	12 (33,3%)	14 (56,0%)
Зуд в уретре	12 (33,3%)	10 (31,3%)
Ускоренная эякуляция	7 (19,4%)	5 (15,6%)
Снижение либидо	11 (30,6%)	9 (28,1%)
Эректильная дисфункция	5 (13,9%)	4 (12,5%)
Болезненность при пальпации	36 (100%)	32 (100%)
Неоднородность структуры по данным УЗИ	32 (88,9%)	27 (84,4%)
Расширение и болезненность семенных пузырьков при пальпации и при УЗИ	12 (33,3%)	10 (31,3%)
«Размытость» края предстательной железы при УЗИ (явления застоя и отека)	33 (91,7%)	29 (90,1%)
Всего	36 (100%)	32 (100%)

РЕЗУЛЬТАТЫ. Включение суппозитория ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ в комплексное лечение хронического неспецифического простатита обеспечивало быстрый клинический эффект. Так, болевые ощущения у пациентов клинической группы уменьшились у 28 (87,5%) из 32 обследованных на 6-8 сутки лечения, а у больных контрольной группы к этому времени аналогичный показатель составил 12 (44,4%) из 27. Дизурические явления к 10 суткам лечения исчезли у 10 (76,9%) из 13 больных клинической группы и 4 (40,0%) из 10 больных контрольной группы. Уретральные выделения к десятому дню лечения ликвидированы у всех 12 (100%) пациентов клинической группы и у 10 (83,3%) из 12 больных контрольной группы. Жжение и зуд в уретре ликвидированы к концу курса лечения соответственно у 12 (100%) и у 8 (80,0%) у 10 пациентов. Из 7 мужчин, у которых до лечения наблюдались ускоренная эякуляция, к 10 дню после приема комплексного лечения с использованием ВИТАПРОСТА ФОРТЕ этот симптом исчезал у 4 (57,1%) больных, в контрольной группе – у 1 (20,0%) из 5. Болезненность при пальпации предстательной железы разной степени выраженности через 7 дней исчезла у 31 (86,1%) из 36, а в контрольной группе – 16 (50,0%) из 32 больных.

Результаты световой микроскопии секрета предстательной железы до и после лечения представлены в таблице 2.

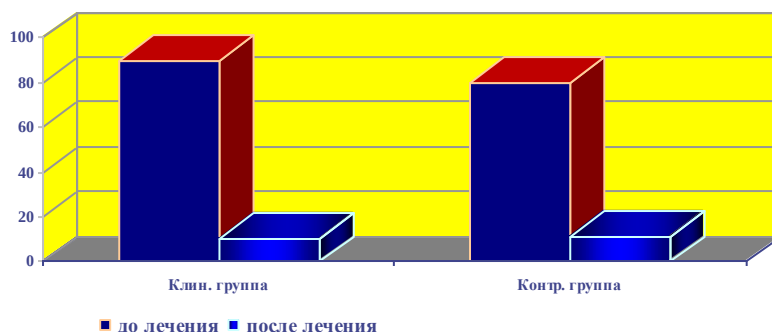
Таблица 2.

Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета предстательной железы

Группы больных	Количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа	
	До лечения	После лечения
Клиническая группа (n=36).	89,5±9,8 $p^1 > 0,05$	10,3±3,2 $p < 0,05$ $p^1 > 0,1$
Контрольная группа (n=32).	79,6±8,4	11,4±4,1 $p < 0,05$

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p^1 - достоверность различий показателей между группами.

Схема 2. Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета предстательной железы



Как видно из таблицы 2., количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа после лечения достоверно снизилось в обеих группах, но ни клинической ни в контрольной группах достоверных отличий не отмечено.

Ультразвуковое исследование проводилось с целью определения продольного и поперечного размеров предстательной железы, ее консистенции, обнаружения конкрементов. Результаты УЗИ представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Изменение размеров предстательной железы в динамике (по данным УЗИ).

Группы	Продольный размер		Поперечный размер	
	До лечения	После лечения	до лечения	после лечения
Клиническая группа (n=38).	4,4±0,2 $p^1 > 0,1$	4,2±0,2 $p > 0,05$ $p^1 > 0,1$	4,3±0,2 $p^1 > 0,1$	4,2±0,2 $p > 0,05$ $p^1 > 0,1$
Контрольная группа (n=25).	4,5±0,3	4,3±0,1 $p > 0,1$	4,4±0,2	4,3±0,3 $p > 0,1$

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p¹ - достоверность различий показателей между группами.

Исходя из данных таблицы 3, достоверных различий продольного и поперечного размеров предстательной железы между группами в динамике выявлено не было, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению размеров предстательной железы после лечения в клинической группе.

Бактериологическое исследование секрета предстательной железы позволило выявить наличие бактериальной флоры у 26 (72,2%) больных из 36 клинической группы. Обнаружен рост патогенных и условно-патогенных микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* – 7 (19,4%); *Streptococcus pyogenes* – 6 (16,7%); *Staphylococcus spp.* - 15 (41,6%); *Streptococcus faecalis* - 13 (36,1%); *Streptococcus anhaemolyticus* - 6 (16,7%). У 18 (50,0%) пациентов зафиксирован рост патогенного штамма *E. Coli*. После адекватно назначенной антибактериальной терапии у данной группы обследованных рост патогенной микрофлоры в секрете предстательной железы выявлено у 3 (8,4%) больных.

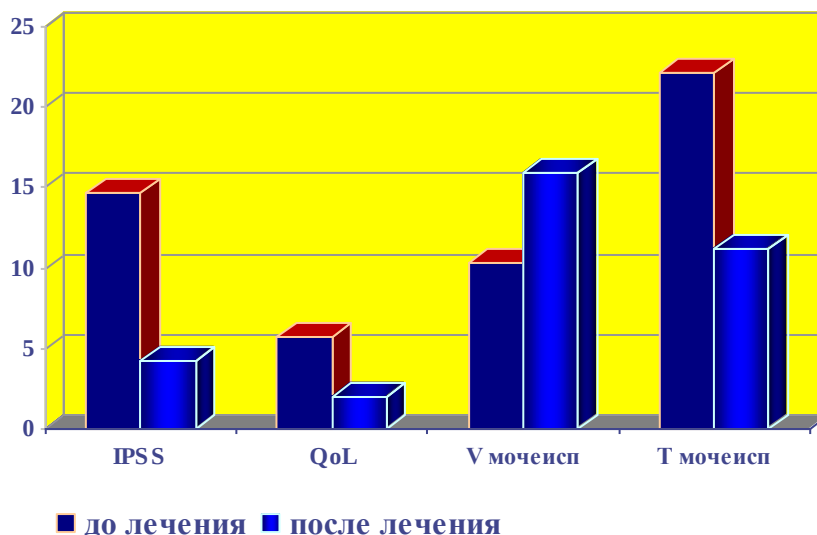
Терапевтическую эффективность препарата ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ оценивали также на основании урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни (таблица 4.).

Таблица 4.

Динамика урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни.

Показатели контрольной группы	До лечения	После лечения
IPSS (баллы)	14,7±2,6	4,3±1,2 p<0,01
Индекс качества жизни (баллы)	5,8±0,2	2,0±0,1 p<0,01
Объемная скорость мочеиспускания, мл/с	10,3±1,5	15,9±2,3 p<0,01
Время мочеиспускания, с	22,1±2,0	11,2±1,2 p<0,05

Схема 3. Динамика урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни в клинической группе



Результаты таблицы 4. и схемы 3. свидетельствуют о достоверном улучшении мочеиспускания у больных из клинической группы после приема комплексной терапии, включающей препараты ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ. На существенное уменьшение дизурических явлений и отрицательных ощущений указывает динамика показателей индекса IPSS и качества жизни. У пациентов из контрольной группы после лечения достоверно улучшились только показатели индекса IPSS. Объективные показатели, несмотря на положительные тенденции, после завершения терапевтического курса достоверно не отличались от исходных.

Также нами было проведено исследование влияния комплексной терапии, включающей препараты ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ на состояние репродуктивной функции мужчины. Для этого было проведено исследование показателей спермограммы в динамике. При контрольном исследовании эякулята через 3 месяца после окончания терапии наблюдалось улучшение большинства показателей спермограммы; увеличился объем эякулята, концентрация

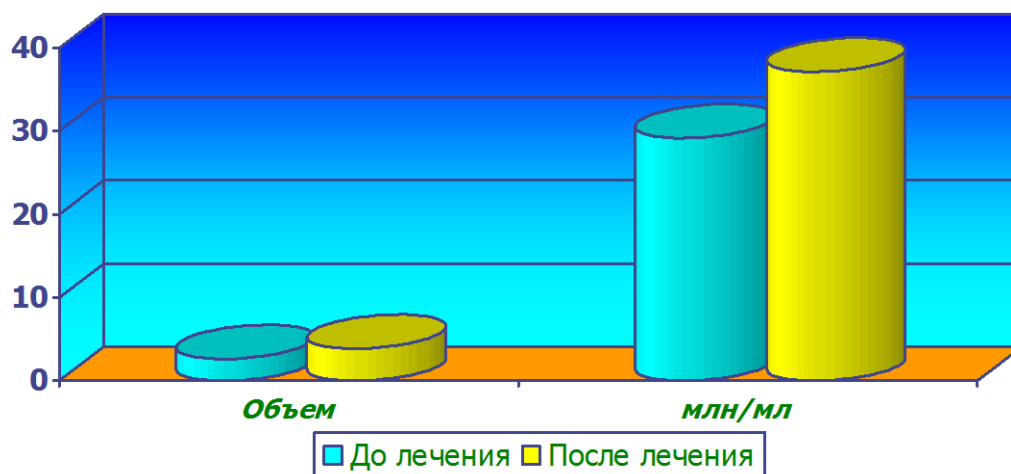
сперматозоидов, их общее количество, подвижность, количество живых сперматозоидов, уменьшилось количество лейкоцитов, эритроцитов, время разжижения, количество патологических форм сперматозоидов, что иллюстрировано в таблице 5. и схемами 4. и 5.

Таблица 5.

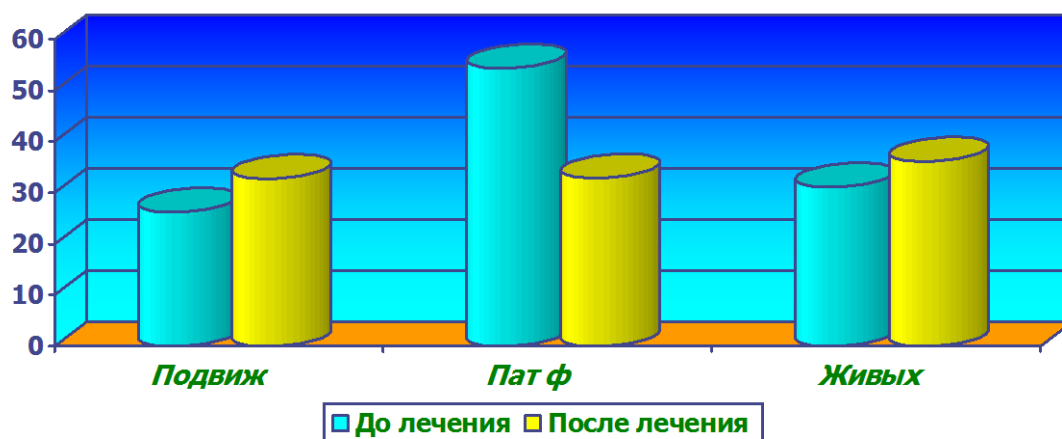
Показатели эякулята в динамике

Показатели (норма)	До лечения	После лечения	Достоверность
Объем, мл (1-7)	2,63±0,17	3,87±0,24	p < 0,05
Общее количество сперматозоидов в 1 мл (>100)	189,33±17,51	212,75±16,98	
РН (7,2-7,6)	7,51±0,09	7,53±0,08	
Концентрация в 1 мл (>20-60)	29,17±2,64	37,23±3,11	p < 0,05
Подвижность (>40-60)	26,21±1,78	32,73±2,02	
Количество живых (>70-80)	31,16±3,03	36,13±2,58	
Патологические формы (<40)	54,37±2,12	32,88±1,75	p < 0,05
Патология головки (<15)	34,61±1,37	29,13±1,23	
Патология шейки (<10)	6,49±1,02	6,12±1,08	
Патология хвоста (<10)	5,12±0,78	5,26±0,81	
Лейкоциты (<10)	14,88±0,49	1,25±0,18	p < 0,05

Схема 4. Количественные показатели спермограммы в динамике до и после лечения



Схем:



При исследовании пиоспермии в динамике по количеству лейкоцитов уменьшилось с $14,88 \pm 0,49$ до $1,25 \pm 0,18$ в поле зрения микроскопа. Спермаагглютинация исчезла соответственно у 22 (78,6%) из 28 больных (схемы 6 и 7).

Схема 6. Количество лейкоцитов в эякуляте в динамике

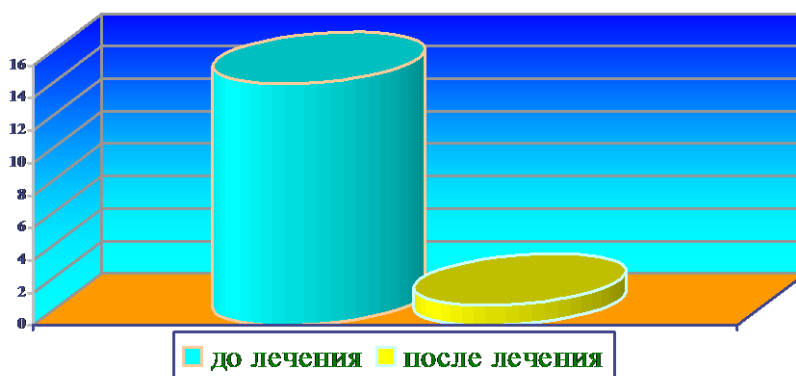
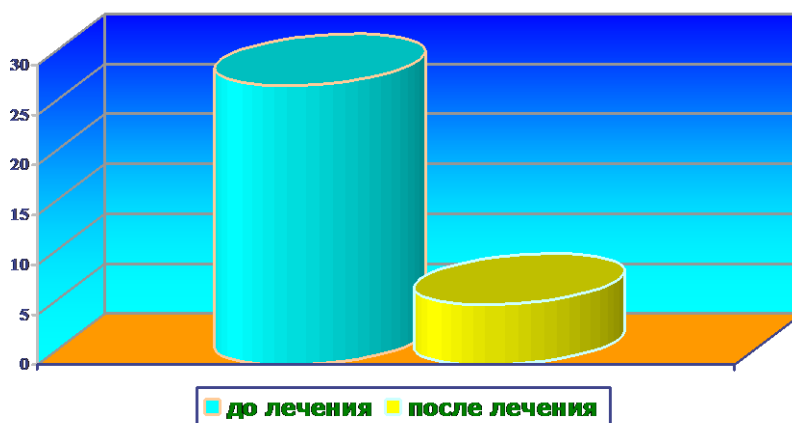


Схема 7. Динамика изменения спермаагглютинации под влиянием лечения



Таким образом, комплексная терапия, включающей препараты ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ может улучшать показатели спермограммы за счет противовоспалительного действия, а также за счет оптимизации функции предстательной железы. Последний штрих имеет большое значения во-первых потому, что секрет является составной частью эякулята, а во-вторых в связи с положительными коррелятивными отношениями предстательной железы с яичками, что подтверждает некоторое повышение уровня половых гормонов при лечении препаратами группы цитомединов.

За время лечения побочные эффекты отмечены лишь у 2 (5,6%) больных клинической группы. В основном, их беспокоили высыпания в виде крапивницы. После перерыва в приеме препарата они исчезли самостоятельно без дополнительной медикаментозной коррекции.

В целом оценка переносимости препаратов ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ представлена в таблице 6.

Таблица 6.

Оценка переносимости препаратов ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ.

Переносимость	Исследователь		Пациент	
	Количество	%	Количество	%
Очень хорошая	34	94,4	33	91,7
Хорошая	2	5,6	3	8,3
Удовлетворительная	-	-	-	-
Неудовлетворительная	-	-	-	-

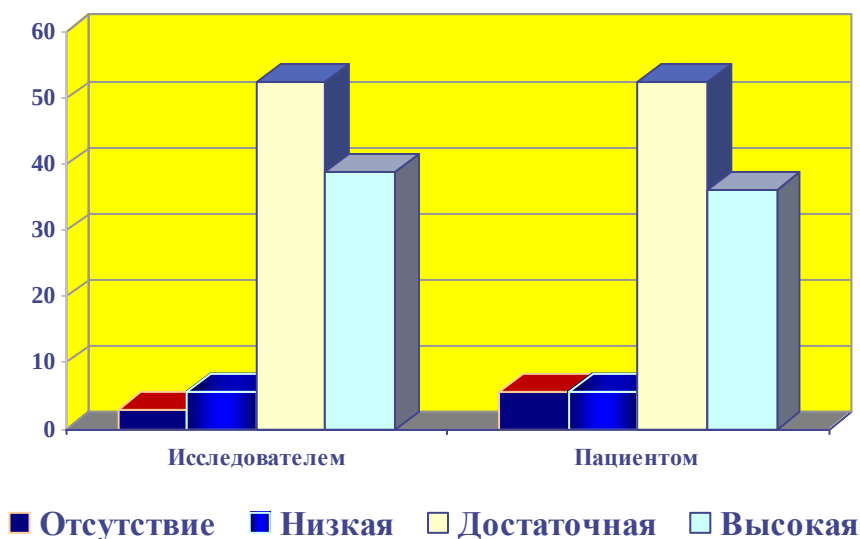
Как видно из таблицы 7, все 100% больных оценивали переносимость исследуемого средства как хорошую и очень хорошую.

После окончания курса лечения была произведена оценка эффективности препаратов ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ пациентами (на основании субъективных ощущений: уменьшение дизурических явлений, ослабление болевых ощущений, улучшение общего состояния) и исследователями (по данным анамнеза и лабораторно-инструментальных исследований). Результаты оценки представлены в таблице 7. и схеме 8.

Таблица 7.

Оценка эффективности препаратов ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ				
Оценка эффективности	Исследователем		Пациентом	
	к-во пациентов	%	к-во пациентов	%
Отсутствие	1	2,8	2	5,6
Низкая	2	5,6	2	5,6
Достаточная	19	52,7	19	52,7
Высокая	14	38,9	13	36,1

Схема 8. Оценка эффективности препарата ВИТАПРОСТ



Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты склонны оценивать эффективность лечения изучаемым препаратом несколько ниже, чем исследователи. По нашему мнению, этот факт объясняется особенностями психического статуса больных данной категории, а также значительной длительностью заболевания и неоднократным опытом его лечения. Подобные факторы, а также скептицизм заставляют обследованных давать лечению более сдержанную оценку. Тем не менее, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили в 32 (88,8%), а исследователи - в 33 (91,6%) случаев, что указывает на значительную терапевтическую ценность препарата суппозитории ВИТАПРОСТ.

ВЫВОДЫ

1. Суппозитории ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ является эффективным средством лечения хронических неспецифических простатитов. Клиническая эффективность лечения составила по данным пациентов 88,8%, по данным исследователей – 91,6%. Бактериологическая эффективность составила 91,6%.
2. Суппозитории ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ хорошо переносится пациентами. Побочные эффекты были отмечены у 5,6% больных.
3. Полученные результаты позволяют рекомендовать суппозитории ВИТАПРОСТ ФОРТЕ и ВИТАПРОСТ для комплексного лечения хронических неспецифических простатитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. Сравнительная оценка эффективности раверона и просталина при лечении простатита в эксперименте.- В кн. Роль пептидных биорегуляторов (цитомединов) в регуляции гомеостаза. Тез. докл.науч.конф.- Ленинград, 1987.- С. 26-27.
2. Сексологія і андрологія, під ред акад. О.Ф.Возіанова та проф. І.І.Горпинченка \. Вид. "Здоров'я", Київ, 1996
3. Проскура О.В. Неспецифические простатиты и везикулиты: Руководство по клинической урологии/ Под ред. А.Я. Пытеля.- М.- 1970.- С.193-208

4. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации.- М.- 1080.
5. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов.- Ленинград.- 1984
6. Михайлова И.А., Ткаченко С.Б., Горбачев А.Г., Пяай В.И. Влияние пептидных биорегуляторов предстательной железы и почки (просталин и реналин) на процесс тромбообразования в эксперименте.- В кн. Роль пептидных биорегуляторов (цитомединов) в регуляции гомеостаза. Тез. докл. науч. конф. Ленинград, 1987.- С. 68.
7. Горячев И.А., Живов А.В. Применение органопрепарата простаты в комплексной терапии хронического простатита. – В кн. Пептидные биорегуляторы-цитомедины. Тез. докл. симп.-Санкт-Петербург, 1992.- С.45.
8. Айвазян И.А., Горбачев А.Г. Простатилен в лечении острой задержки мочи после хирургических операций на органах живота и таза. - В кн. Применение современных лекарственных препаратов и медицинской техники на крупных промышленных предприятиях. Тез. докл. конф.-Ленинград-Тольятти, 1991.-С.4.
9. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г. Лечение препаратом простаты некоторых болезней мочеполовых органов.-В кн. Пептидные биорегуляторы-цитомедины. Тез. докл. симп.-Санкт-Петербург, 1992.- С.135-136.
10. Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Агулянский Л. И. Простатит. -Л., 1986.
11. Nickel J. C, Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy of nonbacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience.//Urology, 1994. - Vol. 44. - Pp. 458-460.
12. Litwin M. S., McNaughton-Collins M. The NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI): Development and Validation of a New Outcomes Measure.//J. Urology. - 1999, vol. 159, suppl. 1, in abstracts.
13. Meares E. M. Urethritis, Prostatitis, Epididymitis and Orchitis.//In-fectious diseases./Eds. S. L. Gorbadi, J. G. Bartlett, N. K. Black-low. - W. B. Saunders Co., 1992.
14. Drach G. W., Meares E. M., Fair W. R., Stamey T. A. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis or prostatodynia.//J. Urology. - 1978. -Vol. 120. - P. 266.
15. Meares E. M. Dysuria and perineum pain in males: Prostatitis syn-droma.//Difficult diagnoses in urology. Eds.//D. L. McCollough. - Churchill Co. - 1988.
16. Nickel J. C Prostatitis: Myths and realities.//Urology. - 1998. - Vol. 51.-Pp. 362-366.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИКОМПОНЕНТНОЙ ФИТОТЕРАПИИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЯКУЛЯТА ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН

Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Гурженко А.Ю.
ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

ВВЕДЕНИЕ. Основным этиологическим фактором экскреторно-токсического бесплодия (ЭТБ) чаще всего есть одно из последствий воспалительного процесса в органах мужской половой сферы - хронического простатита [1,2,3,4,5,7,8].

Причины развития ЭТБ у мужчин при хроническом простатите:

1. Влияние токсинов бактерий и слизи
2. Изменение рН эякулята в щелочную сторону
3. Изменение в гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси
4. Изменение метаболизма тестостерона в предстательной железе
5. Нарушение продукции гонадотропинов
6. Аутоиммунизация
7. Снижение уровня лимонной кислоты и фруктозы
8. Нарушение ферментного и изоферментного спектра эякулята

Этими особенностями протекания заболевания, а также сравнительно низкой эффективностью лечения ЭТБ, обуславливается необходимость поиска новых средств, улучшающих качество эякулята у мужчин [8].

Лечение ЭТБ при хроническом простатите трехэтапное.

1 этап: 1-2 курса противовоспалительного лечения хронического воспаления предстательной желез, семенных пузырьков, семенного бугорка, уретры.

2 этап: стимуляция сперматогенеза, улучшения качества сперматозоидов.

3 этап: санаторно-курортное лечение.

При лечении хронического простатита, осложненного ЭТБ, проводят весь комплекс индивидуально подобранных лечебных мероприятий: антибактериальное, противовоспалительное лечение, физиотерапевтические процедуры. На следующем этапе подбираются стимулирующие препараты, улучшающие общее количество и подвижность сперматозоидов. Минимальная продолжительность такого курса – 2,5 месяца, что обусловлено длительностью цикла сперматогенеза.

В последние годы большой эффективностью обладают препараты растительного происхождения. Это связано с тем, что сегодня мы являемся, с одной стороны, свидетелями терапевтических неудач, ятрогенных осложнений, нарастающих по частоте и тяжести аллергических реакций при применении многих синтетических лекарственных препаратов, а с другой стороны,

препараты, приготовленные из лекарственных растений, малотоксичны, имеется возможность проведения длительной курсовой терапии без существенных побочных явлений.

Особое место среди препаратов этого ряда по данным многочисленных исследователей занимает один из подобных препаратов ЗИМАН.

ЗИМАН состоит из специально разработанного комплекса витаминов и минералов для мужчин, который называется «МВР комплекс».

Фармакологические свойства обусловлены составными компонентами препарата.

Цинк — кофактор, усиливающий процессы регенерации и репарации.

Магний — кофактор ряда важнейших ферментов углеводно-фосфорного и энергетического обмена, участвует в превращении глюкозы в энергию, способствует эффективному функционированию нервной системы и мышц, помогает преодолевать стресс и депрессии, является активатором обмена веществ, входящим в состав более 300 различных ферментов, участвует в синтезе белка, метаболизме витамина С, кальция, калия, натрия и фосфора.

Магний способствует расслаблению мышц и активно предотвращает мышечные судороги.

Цинк и магния имеют жизненно важное значение для поддержания мышечной силы и выносливости, корригирование дефицита цинка и магния уменьшает мышечные повреждения и выраженность спазмов, увеличивает силу и объем мышц.

L-Карнитин L-Тартрат способствуют транспорту жирных кислот внутрь митохондрий, интенсифицируют процессы энергообразования. Имеются сведения, что карнитин стимулирует внешнесекреторную функцию поджелудочной железы, активирует сперматогенез.

L-Карнитин биологически синтезируется в организме из аминокислот лизина или метионина. Эпидимальная сперма в период созревания использует окисление жирных кислот в качестве главного источника энергетического обмена.

L-Карнитин является ключевым элементом для транспортировки жирных кислот в митохондриальную основу сперматозоидов для образования энергии.

L-Карнитин воздействует непосредственно на подвижность и созревание сперматозоидов.

Селен метиониновый комплекс обладает эффектом активации клеточного и гуморального иммунитета, антиоксидантной защиты клеточных мембран.

Витамин В1 — тиамин — играет важную роль в метаболизме нервной ткани. Его недостаточность приводит к патологическим изменениям в нервной, сердечно-сосудистой и пищеварительной системах.

Витамин В2 — рибофлавин — входит в состав флавиновых коферментов, принимая участие в окислительно-восстановительных процессах и Цикле Кребса. Его недостаточность проявляется слабостью, повышенной утомляемостью и склонностью к простудным заболеваниям.

Витамин В6 — пиридоксин — принимает участие в регуляции белкового, углеводного и липидного обмена, биосинтезе гемма и биогенных аминов, гормонов щитовидной железы и других биологически активных соединений.

Биотин — способствует усвоению тканями ионов бикарбоната, активирует реакции карбоксилирования и транскарбоксилирования, его недостаточность проявляется дерматитом, жирной себореей, алопецией (очаговым облысением), сонливостью, усталостью, часто — болями в мышцах.

Никотинамид — влияет на энергетический обмен клеток, участвует в процессах тканевого дыхания, нормализует работу печени.

Показания к применению

- Увеличивает уровень свободного тестостерона
- Увеличивает мышечную силу
- Повышает сексуальное влечение (Либидо)
- Восстанавливает эректильную функцию
- Улучшает процесс сперматогенеза
- Эффективен при заболеваниях простаты
- Улучшает общее самочувствие

Способ применения и дозы:

По 1-3 капсуле в день, на ночь, запивая водой. Курс приема минимум 1 месяц, можно повторять 2-3 раза в год. Не принимать с препаратами кальция и молочными продуктами. В препарате отсутствуют консерванты, растворители на основе хлора и другие искусственные добавки.

Побочные действия. При использовании по указанным показаниям побочного действия не выявлено.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Взаимодействия с другими лекарственными препаратами. Случаи несовместимости с другими лекарственными средствами не зарегистрированы.

Форма выпуска: три пластины по 10 капсул запечатанной в герметическую упаковку, помещенных в картонную пачку.

Механизмы действия препарата ЗИМАН обеспечиваются совокупным действием всех составляющих.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В последнее время достаточно широко изучается роль активных перекисных соединений как патологических факторов прогрессирования заболеваний репродуктивной системы. Обследовано 83 больных в возрасте от 18 до 40 лет, обратившихся по поводу бесплодия. Контролем служили 17 мужчин с сохраненной фертильностью. В эякуляте больных определяли общее количество и уровень белка антиоксиданта церулоплазмينا (ЦП) - показателя антиоксидантной защиты, также оценивали общую протеолитическую активность (ОПА) эякулята, секрецию фруктозы (ФР) и лимонной кислоты (ЛК).

В отделении сексопатологии и андрологии Института урологии АМН Украины проведена работа по изучению эффективности использования препарата ЗИМАН и влияния препарата на качество биохимических показателей спермограммы при экскреторно-токсическом бесплодии у 47 пациентов в возрасте от 26 до 38 лет (средний возраст пациентов - $28,7 \pm 1,7$ года) и продолжительностью заболевания - от 2 до 6 лет (клиническая первая группа), обусловленным хроническим простатитом, которые получали наряду с традиционной терапией исследуемый препарат на втором этапе лечения ЭТБ. Больные контрольной второй группы (36 человек) получали аналогичное лечение за исключением ЗИМАНА. Длительность заболевания у пациентов второй группы составила от 6 месяцев до 6 лет.

Препарат ЗИМАН применялся по 2 капсулы в день, на ночь, запивая водой на протяжении 60 дней в комплексном лечении хронического воспалительного процесса в половых органах пациентов. В начале и после лечения оценивали биохимические показатели спермограммы.

Результаты исследования показали, что практически у всех обследованных больных с различными формами бесплодия прооксидантно-антиоксидантные показатели и величины протеолиза существенно отличаются от значений нормы. При ЭТБ со смешанной инфекцией содержание ЦП, ОПА, ФР, ЛК снижены по сравнению с нормой, а содержание ОБ статистически достоверно не отличается от показателей нормы, при ЭТБ с уретропростатитом ОПА, ФР, ЛК - снижены, а содержание ЦП, ОБ в эякуляте превышает показатели нормы. В норме концентрация ФР в эякуляте колеблется в пределах 11,9 - 28,8 ммоль/л, а ЛК - 23,4-31,2 ммоль/л.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Исследование показало улучшение основных биохимических показателей спермограммы. Биохимическое исследование эякулята показало нарушение секреции ФР семенными пузырьками и ЛК предстательной железой у пациентов с простатитом. Снижение уровня ФР почти в 2 раза на спермограмме в обеих исследуемых группах сравнительно с контролем (7,4 ммоль/л и 15 ммоль/л соответственно) нарушает подвижность и жизнеспособность сперматозоидов. Не установлено статистически достоверной разницы количественного содержания ФР в исследуемых группах пациентов. Концентрация ЛК, которая отображает функциональное состояние предстательной железы и эндокринной функции яичек, была значительно сниженной и составила всего 14,1 ммоль/л (контроль до 35,0 ммоль/л).

Исходя из представлений о локальности воспалительного процесса в предстательной железе, было проведено сравнительное изучение в крови и эякуляте 86 мужчин содержание фермента-антиоксиданта церулоплазмينا (железоII-оксиген-оксиредуктаза, ЦП), так называемого универсального "очистителя" продуктов свободнорадикального окисления. Содержание ЦП в крови и эякуляте определили по реакции с п-фенилэндиаминдихлоридом. Контрольная группа составила 12 практически здоровых мужчин того же возраста.

У пациентов с нарушением генеративной функции на фоне воспалительных заболеваний половых органов установлено снижение уровня ЦП в эякуляте до $0,0152 \pm 0,0029$ г/л, что в 1-2-2,5 раза ниже показателей в контрольной группе здоровых мужчин. При этом уровень ЦП в крови этих же пациентов практически не меняется в сравнении с контролем, что на наш взгляд, показывает локальную, а не системную вспышку реакций свободнорадикального окисления и усиление усвоения антиоксидантов, в данном случае ЦП.

Таким образом, выраженное снижение уровня ЦП в эякуляте пациентов с воспалительными заболеваниями половых органов связано с чрезмерной активностью перекисного окисления липидов

и повышенном использовании биоантиоксидантов в органах репродуктивной системы, что есть фактором нарушения фертильности.

Протеолитическая активность у исследуемых пациентов больных составила 1,6 ед. в сравнении со здоровыми мужчинами (12-15 ед.), то есть была сниженной больше чем в 8-10 раз.

Таким образом, исходя из исследования, показано что нарушения сперматогенеза на разных этапах его развития зарегистрированы у всех без исключения больных. Кроме того, биохимические изменения показателей спермограммы обусловлены, активностью воспалительного процесса, длительностью его протекания и активностью инфекции.

Таблица 1.

Биохимические показатели спермограммы у больных воспалительными заболеваниями половых органов

Показатели	1 группа		2 группа		Контроль
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Фруктоза (ммоль/л)	7,4±0,5	13,9±1,2	6,8±0,4	8,5±0,5	15,0±0,9
Лимонная кислота (ммоль/л)	14,1±0,2	27,7±2,2	16,4±0,2	19,8±1,6	30,0±1,9
Церулоплазмин (мг%)	0,0152	0,0408	0,0166	0,0277	0,0442
Общая протеолитическая активность (у.е.)	1,6±0,4	11,5±0,2	1,8±0,5	7,1±1,4	12,15±2,1

Из данных табл. 1. следует, что в группе пациентов, получавших в комплексном лечении препарат Зиман, все показатели достоверно увеличились, а такие показатели как ЛК и ФР практически достигли нормы.

Учитывая, что препарат Зиман применялся в комплексной терапии один месяц, можно рекомендовать продление лечения еще на 1-2 месяца уже в виде монотерапии.

Необходимо также отметить довольно хорошую переносимость препарата больными. В течение всего курса побочные явления не выявлены.

ВЫВОДЫ

1. ЗИМАН является высокоэффективным препаратом для лечения хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов.
2. Препарат отличается хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов.
3. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ЗИМАН для комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов, осложненных экскреторно-токсическим бесплодием.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сексология і андрологія, під ред акад. О.Ф.Возіанова та проф. І.І.Горпинченка \. Вид. "Здоров'я", Київ, 1996
2. Проскура О.В. Неспецифические простатиты и везикулиты: Руководство по клинической урологии/ Под ред. А.Я. Пытеля.- М.-1970.- С.193-208
3. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации.- М.-1080.
4. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов.- Ленинград.- 1984.
5. Lubasch A., Keller I., Borner K., Koeppel P., Lode H. Comparative pharmacokinetics of ciprofloxacin, gatifloxacin, grepafloxacin, levofloxacin, trovafloxacin and moxifloxacin after single oral administration in healthy volunteers. Antimicrob Agents Chemother 2000;44: 2600-3.
6. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин., 2-е изд. перераб. и доп.- М. Медицина, 1993.- 256 с.
7. Мавров И.И., Бухарович В.Г., Глухенький Б.Т. и др. Контактные инфекции, передающиеся половым путем/ Под ред. И.И.Маврова.- К.: Здоровья, 1989.- 230 с.
8. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах, Медицина.- 1985.-284 с.
9. Vanuffel P, Cocito C. Mechanism of action of streptogramins and macrolides. Drugs 1996;51(Suppl.1):20-30.

РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

ВВЕДЕНИЕ. Одной из самых актуальных проблем андрологии до настоящего времени остается проблема лечения хронических воспалительных заболеваний органов половой сферы [1,2,3,4]. Наиболее распространенным воспалительным заболеванием половых органов у мужчин является хронический простатит, но как монозаболевание он

практически не встречается. Обычно ему сопутствуют везикулит, колликулит, уретрит или их сочетание. Лечение воспалительных заболеваний мужских половых органов в настоящее время приобретает особую актуальность в связи с их большой распространенностью [1,2,3,4]. Причин для этого существует много:

- рост числа внебрачных половых контактов;
- низкий уровень половой культуры населения;
- недостаточное и несбалансированное питание;
- экологически неблагоприятные условия существования;
- наследственные и ятрогенные нарушения местного и системного иммунитета.
- снижение качества и эффективности профилактической и лечебной работы медицинских учреждений вследствие недостаточного финансирования;
- изменение спектра микрофлоры и увеличение количества штаммов микроорганизмов, сохранивших свои патогенные свойства после неполноценного, неадекватного предыдущего лечения. Моноинфекции практически не встречаются, в большинстве случаев врач сталкивается с микст-инфекцией, вызванной тремя и более микроорганизмами. Особенно это касается лиц молодого возраста, ведущих активную половую жизнь.

Этиопатогенетических факторов хронического воспалительного процесса в предстательной железе довольно много. Основными из них являются:

- инфекционный фактор, включая заболевания передающиеся половым путем;
- фактор, способствующие развитию в предстательной железе нарушения кровообращения и конгестии;
- нейровегетативные расстройства моторной функции предстательной железы и нижних мочевых путей (повышенная чувствительность альфа-адренорецепторов, динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретро-простатические рефлюксы, гиперактивный мочевого пузыря);
- нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна (гипертонус, часто сочетания с диссинергией замыкательного аппарата мочевого пузыря, гипотония);
- нарушение барьерной функции предстательной железы; гормональный дисбаланс;
- нарушения иммунитета (иммунодефицит, аутоиммунный процесс);
- аллергический статус (инфекционно-аллергический или аллергический процесс);
- дефицит витаминов и микро- и макроэлементов; психосоматические нарушения.

Все эти процессы часто связаны между собой и могут играть роль в патогенезе хронического простатита. Сложность лечения состоит в правильной оценке преобладания тех или иных факторов этиопатогенеза, что не всегда возможно.

Фармакологи предлагают в настоящее время массу препаратов, которые отличаются различной степенью эффективности [1,2,3,4,5,6,7,8]. Это, в первую очередь, антибактериальные препараты новых поколений, к которым микроорганизмы еще не успели выработать факторы резистентности.

В комплекс терапевтических средств также входит назначение иммуномодуляторов, препаратов для предотвращения развития кандидозных поражений, гепатопротекторов, противотрихомонадных препаратов, симптоматического лечения.

Довольно часто и с большим успехом применяются комплексные препараты натурального происхождения, относящиеся к группе фитопрепаратов. Комплексным влиянием на практически все моменты этиопатогенеза обладают исключительно препараты естественного происхождения. Чаще всего это фитотерапевтические препараты. Ярким примером является препарат ФОРМЕН КОМБИ.

Состав: 1 капсула содержит экстракты карликовой пальмы (*Serenoa repens*) 160 мг, сливи африканской (*Pugent africanum*) 40 мг, крапивы двудомной (*Urtica dioica*) 50мг, тыквы (*Cucurbita pepo*) 60 мг, томатов (*Solanum lycopersicum*) 25мг.

Экстракт плодов **Serenoa repens** применяется в комплексном лечении острых и хронических заболеваний предстательной железы (гипертрофия простаты, простатит); воспалительных заболеваний мочевого пузыря; нарушений мочеиспускания, в том числе в послеоперационный период. Действие его проявляется уменьшением или устранением функциональных расстройств мочеиспускания (дизурии, никтурии, поллакиурии). Экстракт уменьшает воспалительную реакцию и отек в ткани предстательной железы, способствует усилению секреторной активности простаты. Механизм действия препарата обусловлен ингибированием 5- α -редуктазы, конкурентным

ингибированием дегидротестостерона с андрогеновыми рецепторами, а также уменьшением воспалительного процесса за счет блокады отдельных звеньев каскада арахидоновой кислоты. Кроме того, он ингибирует факторы роста фибробластов типа E и F, ингибирует циклооксигеназу и липооксигеназу, что приводит к уменьшению интенсивности и прекращению роста ткани предстательной железы. Еще одно положительное действие экстракта *Serenoa repens* связано с блокадой эстрогеновых рецепторов в железе. Основной точкой приложения действия экстракта *Serenoa repens* является динамический компонент обструктивных симптомов, осуществляемый посредством α -адренорецепторов, на которые он действует угнетающе.

Экстракт коры **сливы африканской** (*Pygeum Africanum*) действует на два звена при синдроме нижних мочевых путей: 1. Тормозит развитие фиброза (ингибирует пролиферацию фибробластов, находящихся под воздействием факторов роста); 2. Уменьшает проявление симптомов нарушения мочеиспускания: (уменьшает ноктурию, уменьшает количество остаточной мочи в мочевом пузыре, увеличивает скорость потока мочи). Кроме того, экстракт *Pygeum Africanum* оказывает выраженное противовоспалительное и противоотечное действие на предстательную железу (он ингибирует энзимную активность (5 липо-оксигеназу и другие ее метаболиты), которая преобразует специфические жирные кислоты (включая арахидоновую) в воспалительные медиаторы). Противоотечное действие *Pygeum Africanum* обусловлено снижением активности фермента гидроксистероидредуктазы. *Pygeum Africanum* вызывает также стабилизацию проницаемости капиллярной стенки (уменьшается гидрофильность ткани предстательной железы).

Экстракт листьев крапивы содержит гликозид уртицин, аскорбиновую кислоту, каротиноиды, флавоновые, дубильные и алкалоидоподобные вещества, хлорофилл, филлохинон, пантотеновую, кремниевую, муравьиную, галлусовую кислоты, рибофлавин, сахара, камедь, фитонциды, холин, гистамин, ситостерол, крахмал, белки, микроэлементы (железо, медь, марганец, хром).

Экстракт листьев крапивы ускоряет процесс свертывания крови, повышает содержание гемоглобина и эритроцитов, улучшает обмен веществ, понижает содержание сахара в крови, тонизирует гладкую мускулатуру, оказывает противовоспалительное и эпителизирующее действие.

Экстракт Тыквы *Cucurbita pepo* содержит биологически активные вещества (стерол, сквален, витамины E и A, коэнзим Q, линолевую и линоленовую ненасыщенные жирные кислоты, микроэлементы - селен и цинк). Он обладает антиоксидантным, адаптогенным и общеукрепляющим действием, положительно влияет на показатели липидограммы, снижая содержание липопротеидов низкой плотности и увеличивая концентрацию липопротеидов высокой плотности.

Экстракт томатов (*Solanum lycopersicum*) содержит Ликопин. Основная функция ликопина в человеческом организме — антиоксидантная. Снижение окислительного стресса замедляет развитие атеросклероза, а также обеспечивает защиту ДНК, что может предотвращать онкогенез. Потребление ликопина, а также ликопин-содержащих продуктов приводит к достоверному уменьшению маркеров окислительного стресса у человека. Ликопин самый сильный каротиноид — антиоксидант, присутствующий в крови человека. Ликопин может замедлять пролиферацию клеток как сигнальный метаболит.

Фармакологическое действие препарата ФОРМЕН КОМБИ: антипролиферативное, иммуномодулирующее, антиэкссудативное, болеутоляющее, противовоспалительное, мочегонное, атимикробное. Кроме того, препарат повышает тонус детрузора и уменьшает гиперестезию мочевого пузыря

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Синдром нижних мочевых путей.
- Хронический простатит (инфекционного, неинфекционного и смешанного генеза).
- ДГПЖ.
- Профилактика нарушения половой функции.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Препарат назначают по 1 капсуле 2 раза в день независимо от приема пищи. Продолжительность применения определяется индивидуально.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ГУ «Институт урологии НАМН Украины» изучалась клиническая эффективность применения препарата ФОРМЕН КОМБИ для комплексного лечения больных хроническими воспалительными заболеваниями мужской половой сферы.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ. оценить эффективность терапии препаратом ФОРМЕН КОМБИ в составе комплексной терапии больных хроническими воспалительными заболеваниями мужской половой сферы в сравнении с эффективностью стандартной терапии.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ:

В исследование было включено 65 пациентов, соответствовавших следующим критериям включения:

- мужчины в возрасте от 18 до 55 лет
- имевшие диагноз «хронический простатит, простатовезикулит или уретропростатовезикулит», подтвержденный лабораторно
- подписавшие информированное согласие на участие в исследовании
- способность пациента к адекватному сотрудничеству во время исследования.

КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ:

- индивидуальная гиперчувствительность к компонентам препарата;
- необходимость в назначении не рекомендуемых методов лечения; любые клинически значимые отклонения лабораторных показателей, требующие дополнительного обследования и интерпретации данных;
- заболевания или состояния, которые, по мнению исследователя, могут повышать риск для пациента либо оказывать какое-либо влияние на задачи исследования;
- отказ пациента от участия в исследовании;
- возникновение тяжелых побочных явлений, требующих отмены препарата;
- невыполнение режима приема препарата;
- одновременное участие в другом клиническом испытании.

РАНДОМИЗАЦИЯ. Все пациенты были рандомизированы на две группы (35 и 30 человек) в соответствии с планом рандомизации. В клиническую группу (35 человек) вошли пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями мужской половой сферы, получавшие для лечения в комплексной терапии ФОРМЕН КОМБИ, капсулы по 1 капсуле 2 раза в день и традиционную терапию с использованием антибактериальных препаратов. Кроме того, пациенты получали притивопротозойные и противогрибковые препараты, а также симптоматическое лечение, физиотерапию (лазеротерапию, магнитотерапию), витамины. В контрольную группу (30 человек) вошли пациенты, получавшие традиционную терапию.

У каждого пациента было получено письменное согласие на участие пациента в исследовании, проводился сбор жалоб, анамнеза и физикальный осмотр пациента, проводилась регистрация: сопутствующих заболеваний и применяемых пациентом лекарственных препаратов, предшествующего медикаментозного и немедикаментозного, регистрация исходной симптоматики хронического простатита, после чего оценивалось соответствие пациента критериям включения/исключения. Также производился забор биологических материалов для анализов: микроскопии мазка из уретры. Для изучения клинической эффективности использования препарата определены критерии субъективной оценки: улучшение общего состояния пациента; уменьшение дизурических явлений; уменьшение болевых ощущений. Критериями объективной оценки эффективности действия препарата были приняты лабораторные и ультразвуковые показатели. Из исследования были исключены больные с хроническими заболеваниями печени и почек.

Возраст обследованных пациентов был в пределах от 21 до 47 лет, составив в среднем $29,4 \pm 3,4$ года. Продолжительность заболевания также была различной - от 6 месяцев до 5 лет (в среднем $3,21 \pm 0,94$ года). По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы следующие заболевания (схема 1).

Схема 1. Распределение больных по нозологии.



Клиническая картина заболеваний в обеих группах представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Симптоматика заболеваний до лечения в клинической и контрольной группах (количество больных).

Симптоматика	Клиническая группа	Контрольная группа
Алгический синдром	31 (88,6%)	24 (80,0%)
Дизурические явления	16 (45,7%)	14 (46,7%)
Выделения из уретры	15 (42,9%)	14 (46,7%)
Зуд в уретре	13 (37,1%)	15 (50,0%)
Ускоренная эякуляция	9 (25,7%)	8 (26,7%)
Снижение либидо	10 (28,6%)	8 (26,7%)
Эректильная дисфункция	4 (11,4%)	4 (13,3%)
Болезненность при пальпации	35 (100%)	30 (100%)
Неоднородность структуры по данным УЗИ	33 (94,3%)	24 (80,0%)
Расширение и болезненность семенных пузырьков при пальпации и при УЗИ	10 (28,6%)	8 (26,7%)
«Размытость» края предстательной железы при УЗИ (явления застоя и отека)	34 (97,1%)	27 (90,0%)
Всего	35 (100%)	30 (100%)

РЕЗУЛЬТАТЫ. Включение препарата ФОРМЕН КОМБИ в комплексное лечение хронического неспецифического простатита обеспечивало быстрый клинический эффект. Так, болевые ощущения у пациентов клинической группы уменьшились у 24 (77,4%) из 31 обследованных на 6-8 сутки лечения, а у больных контрольной группы к этому времени аналогичный показатель составил 10 (41,6%) из 24. Дизурические явления к 10 суткам лечения исчезли у 13 (81,3%) из 16 больных клинической группы и 6 (42,8%) из 14 больных контрольной группы. Уретральные выделения к десятому дню лечения ликвидированы у всех 15 (100%) пациентов клинической группы и у 12 (85,7%) из 14 больных контрольной группы. Жжение и зуд в уретре ликвидированы к концу курса лечения соответственно у 13 (100%) и у 12 (80,0%) у 15 пациентов. Из 9 мужчин, у которых до лечения наблюдались ускоренная эякуляция, к 10 дню после приема комплексного лечения с использованием препарата ФОРМЕН КОМБИ этот симптом исчезал у 4 (44,4%) больных, в контрольной группе – у 3 (37,5%) из 8. Болезненность при пальпации предстательной железы разной степени выраженности через 7 дней исчезла у 30 (85,7%) из 35, а в контрольной группе – 15 (50,0%) из 30 больных.

Результаты световой микроскопии секрета предстательной железы до и после лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета предстательной железы

Группы больных	Количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа	
	До лечения	После лечения
Клиническая группа (n=35).	78,6±7,4 p ¹ >0,05	12,6±2,8 p<0,05 p ¹ >0,1
Контрольная группа (n=30).	82,2±8,4	12,2±2,2 p<0,05

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p¹ - достоверность различий показателей между группами.

Как видно из таблицы 2., количество лейкоцитов в поле зрения микроскопа после лечения достоверно снизилось в обеих группах, но ни клинической ни в контрольной группах достоверных отличий не отмечено. Ультразвуковое исследование проводилось с целью определения продольного и поперечного размеров предстательной железы, ее консистенции, обнаружения конкрементов. Результаты УЗИ представлены в таблице 3.

Схема 2. Мониторинг лейкоцитарной реакции секрета предстательной железы

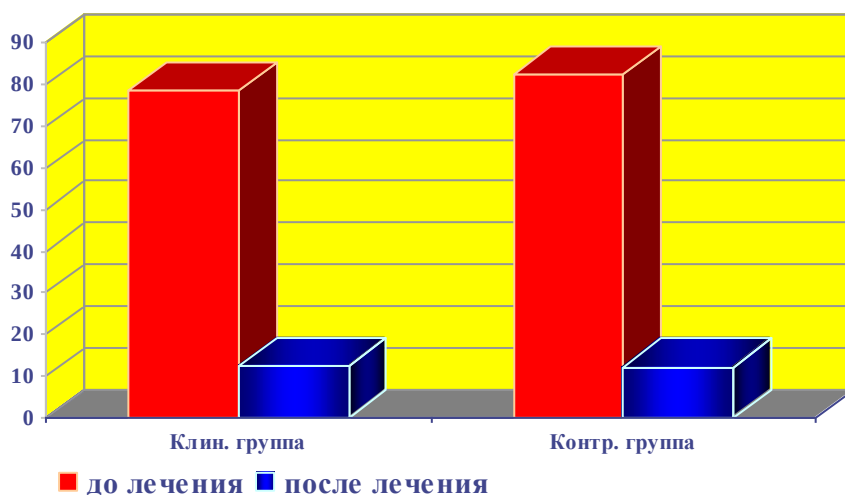


Таблица 3.

Изменение размеров предстательной железы в динамике (по данным УЗИ).

Группы	Продольный размер		Поперечный размер	
	До лечения	После лечения	до лечения	после лечения
Больных				
Клиническая группа (n=35).	4,2±0,2 p ¹ >0,1	4,1±0,2 p>0,05 p ¹ >0,1	4,3±0,2 p ¹ >0,1	4,2±0,2 p>0,05 p ¹ >0,1
Контрольная группа (n=30).	4,4±0,3	4,3±0,1 p>0,1	4,3±0,2	4,2±0,3 p>0,1

Примечание: p - достоверность различий показателей до и после лечения; p¹ - достоверность различий показателей между группами.

Исходя из данных таблицы 3, достоверных различий продольного и поперечного размеров предстательной железы между группами в динамике выявлено не было, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению размеров предстательной железы после лечения в клинической группе.

Бактериологическое исследование секрета предстательной железы позволило выявить наличие бактериальной флоры у 26 (74,2%) больных из 35 клинической группы. Обнаружен рост патогенных и условно-патогенных микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* – 6 (17,1%); *Streptococcus pyogenes* – 4 (11,4%); *Staphylococcus spp.* - 14 (40,0%); *Streptococcus faecalis* - 12 (34,3%); *Streptococcus anhaemolyticus* - 6 (17,1%). У 22 (62,8%) пациентов зафиксирован рост патогенного штамма *E. Coli*. После адекватно назначенной антибактериальной терапии у данной группы обследованных рост патогенной микрофлоры в секрете предстательной железы выявлено у 3 (8,6%) больных.

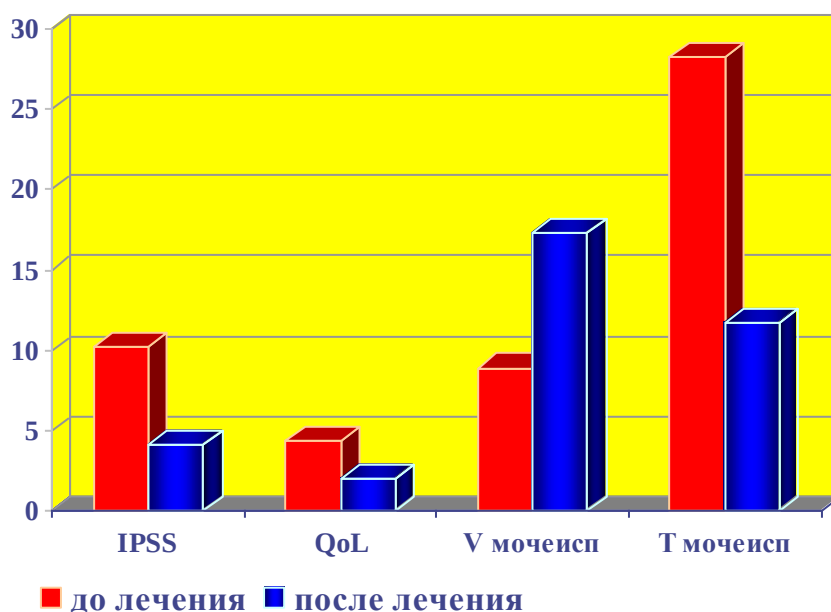
Терапевтическую эффективность препарата ФОРМЕН КОМБИ оценивали также на основании урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни (таблица 4.).

Таблица 4.

Динамика урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни.

Показатели контрольной группы	До лечения	После лечения
IPSS (баллы)	10,2±2,1	4,1±1,1 p<0,01
Индекс качества жизни (баллы)	4,3±0,2	2,0±0,1 p<0,01
Объемная скорость мочеиспускания, мл/с	8,9±1,1	17,3±2,21 p<0,01
Время мочеиспускания, с	28,3±2,6	11,7±1,3 p<0,05

Схема 3. Динамика урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни в клинической группе



Результаты таблицы 4. и схемы 3. свидетельствуют о достоверном улучшении мочеиспускания у больных из клинической группы после приема комплексной терапии, включающей препарат ФОРМЕН КОМБИ. На существенное уменьшение дизурических явлений и отрицательных ощущений указывает динамика показателей индекса IPSS и качества жизни.

У пациентов из контрольной группы после лечения достоверно улучшились только показатели индекса IPSS. Объективные показатели, несмотря на положительные тенденции, после завершения терапевтического курса достоверно не отличались от исходных.

За время лечения побочные эффекты отмечены лишь у 2 (5,7%) больных. В основном, их беспокоили высыпания в виде крапивницы. После перерыва в приеме препарата они исчезли самостоятельно без дополнительной медикаментозной коррекции.

После окончания курса лечения была произведена оценка эффективности препарата ФОРМЕН КОМБИ пациентами (на основании субъективных ощущений: уменьшение дизурических явлений, ослабление болевых ощущений, улучшение общего состояния) и исследователями (по данным анамнеза и лабораторно-инструментальных исследований). Результаты оценки представлены в таблице 5. и схеме 4.

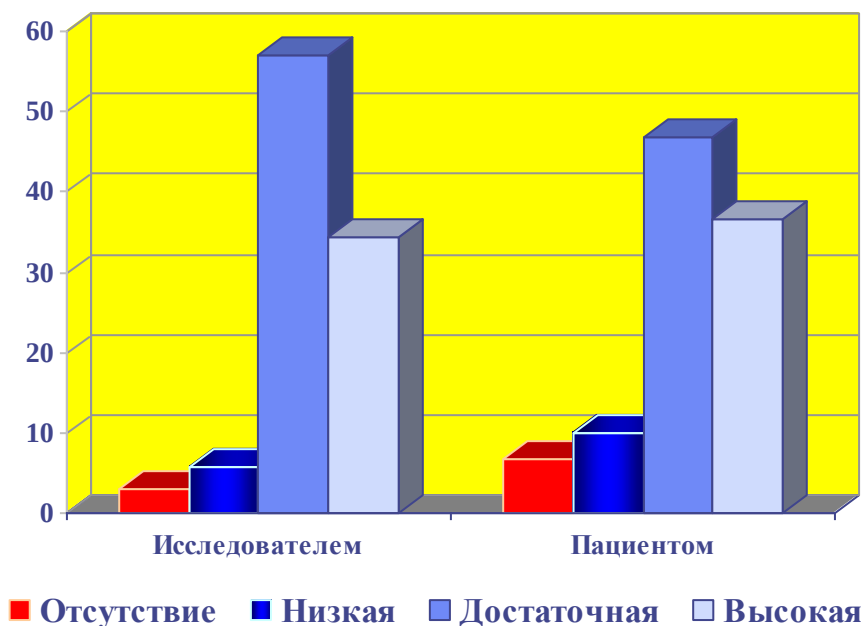
Таблица 5.

Оценка эффективности препарата ФОРМЕН КОМБИ

Оценка эффективности	Исследователем		Пациентом	
	к-во пациентов	%	к-во пациентов	%
Отсутствие	1	2,9	2	6,7
Низкая	2	5,7	2	6,7
Достаточная	20	57,1	15	50,0
Высокая	12	34,3	11	36,6

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты склонны оценивать эффективность лечения изучаемым препаратом несколько ниже, чем исследователи. По нашему мнению, этот факт объясняется особенностями психического статуса больных данной категории, а также значительной длительностью заболевания и неоднократным опытом его лечения. Подобные факторы, а также скептицизм заставляют обследованных давать лечению более сдержанную оценку. Тем не менее, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили в 76,6%, а исследователи - в 91,4% случаев, что указывает на значительную терапевтическую ценность препарата ФОРМЕН КОМБИ.

Схема 4. Оценка эффективности препарата ФОРМЕН КОМБИ



ВЫВОДЫ

1. Препарат ФОРМЕН КОМБИ является эффективным средством лечения хронических воспалительных заболеваний мужской половой сферы. Клиническая эффективность лечения препаратом составила по данным пациентов 76,6%, по данным исследователей – 91,4%. Бактериологическая эффективность составила 91,4%.
2. Препарат ФОРМЕН КОМБИ хорошо переносится пациентами. Побочные эффекты были отмечены у 5,7% больных.
3. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ФОРМЕН КОМБИ для комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний мужской половой сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сексологія і андрологія, під ред акад. О.Ф.Возіанова та проф. І.І.Горпинченка \. Вид. "Здоров'я", Київ, 1996
2. Горпинченко І.І., Судариков І.В. Особливості клініки та діагностики хронічного простатиту, ускладненого каменями передміхурової залози. // Урологія, 1997. - N1. - с.57-60.
3. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. - Ленинград. - 1984.
4. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин. - Л.: Медицина, 1986. - 416с.
5. Адакевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. - М. - 1999. - 416 с.
6. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации. - М. - 1980.
7. Roberts R.O., Lieber M.M., Bostwick D.G., Jacobsen S.J. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes // Urology. – 1997. – V.49. – N6. – p.809-819.
8. Leigh D.A. Prostatitis – an increasing clinical problem for diagnosis and management // J. Antimicrob. Chemother. – 1993. – V.32 (suppl. A). – p.1-9.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВОВ ПАПИЛОМАВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГЕНИТАЛИЙ У МУЖЧИН

Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Введение. Считается, что около 1% сексуально активных лиц на земле имеет генитальные проявления вируса папилломы человека (ВПЧ), где от 5 до 40% составляют случаи бессимптомного течения, с высоким уровнем ассоциации с гепатитами С и В, а также ВИЧ-инфекции, высоким риском инвазии при генитальных контактах. Факторами риска инфицирования ВПЧ являются половые инфекции, курение, иммунодефицит, хронические воспалительные заболевания гениталий и т.п. Применение неспецифической вакцинопрофилактики не может кардинально повлиять на рост случаев ВПЧ, поэтому иммунотерапия продолжает оставаться наиболее значимым видом лечения ВПЧ.

Высокоэффективными средствами при ВПЧ являются продукты синтетического аллоферона (Аллокин-альфа), механизм действия которых основан на реализации двух механизмов действия: 1) локальной выработки лейкоцитарного интерферона в очаге вирусного

антигена, не являющейся системным ответом, что позволяет избежать ненужного иммунного влияния на организм в целом; 2) активации антивирусной системы естественных киллеров (NK, ЛАК–клетки, ЕК–Т, мононуклеарные фагоциты, гранулоциты, α -, β - и γ -интерферонов, интерлейкинов, системы комплемента и т.д.) и подавлении вирусов ВПЧ и генитального герпеса. Перспективность продуктов аллоферона заключается в отсутствии формирования резистентных форм вирусов, т.к. активированные им натуральные киллеры уничтожают пораженные вирусом клетки вместе с их содержимым.

Цель. Установление эффективности производного аллоферона (Аллокин-альфа) в моно- и комбинированном (Аллокин-альфа и Неовир) лечении генитальных рецидивов ВПЧ у мужчин, с анамнезом неэффективной ВПЧ-терапии.

Материалы и методы. Обследовано 73 мужчины с клиникой рецидива ВПЧ на гениталиях, которые были разделены на 2 группы. Лица в I-й (n=31) получали монотерапию Аллокином-альфа (1 мг, №9 инъекций на курс, п/кожно через день), а лица II-й группы (n=27) – комбинацию Аллокина-альфа (по вышеуказанной схеме) и синтетического индуктора интерферона Неовира (oxodihydroacridinylacetatesodium 125 мг, 2,0 мл в/м через день №10 инъекций). В контрольной III-й группе (n=15) проводилось лечение рекомбинантным α -2-интерфероном 3 млн. ЕД №10 в/м криодеструкция кондилом. Все лица были одного возраста (средний $31,3 \pm 3,4$ года) и срока длительности заболевания (средний $108,3 \pm 10,5$ дней). Верификация ВПЧ проводилась методом ДНК-теста свидовым типированием и цитологическим исследованием соскоба. Результаты в группах сравнивались с контролем в сроках на 30-е, 60-е и 90-е сут. после начала терапии. Статистический анализ проводился традиционными методами.

Результаты. Уровень развития нежелательных явлений у лиц в I-й (3,2% - проходящее головокружение, не имеющее клинического значения) и II-й (7,4% - проходящее головокружение, не имеющее клинического значения) группах был низким, в отличие от III-й группы, где он составлял $26,6 \pm 0,6\%$ (при $p < 0,05$). Проведение ДНК-тестов до лечения указало на наличие ВПЧ у 80,8% обследованных. Цитоморфологическая картина рецидива папиллярных кондилом указывала на наихудшие результаты у лиц III-й группы, где на вирусные изменения наслаивались тепловая воспалительная деструкция с присоединением гнойного бактериального воспаления, чего не наблюдалось у лиц в I и II-й группах, где отмечалось быстрое визуальное уменьшение размеров кондилом, с исчезновением новых «молодых» элементов и быстрой ликвидацией местного воспаления. Уровень развития рецидивов на 90-е сут. от начала лечения составлял: в I-й группе – 1 (6,4%), во II-й группе – 1 (3,7%), в III-й – 3 (20,0% соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, проведение местных хирургических вмешательств при рецидивах папиллярной инфекции гениталий, без патогенетического воздействия на причину, не может считаться полноценным, а является паллиативным и несет высокий риск рецидива.

Клиническая эффективность фармакологической комбинации продуктов аллоферона и акридинона (Аллокин-альфа и Неовир) характеризуется достоверной эрадикацией ВПЧ, является высокоэффективной и современной тактикой лечения рецидивного поражения мужских гениталий ВПЧ. Уровень развития побочных эффектов при применении производных аллоферона и акридинона является низким и не имеет клинического значения. Уровень рецидивов после проведения лечения на 90-е сутки составил в I-й группе – 1 (6,4%), во II-й группе – 1 (3,7%), в III-й – 3 (20,0%, при $p < 0,05$), что указывает на высокую эффективность терапии у лиц основных групп.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНТОСА ПРИ СИНДРОМЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В., Рудаков В.А., Гурженко А.Ю.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Введение. Диагностика синдрома нижних мочевых путей (СНМП) не представляет сложностей и у большинства мужчин маркирует наличие хронического бактериального (ХБП) или абактериального простатита (ХАП). Частота встречаемости ХП в мире составляет 8-9%, а актуальность проблемы СНМП состоит в способности ухудшать качество жизни мужчины в такой же степени, как стенокардия, болезнь Крона или перенесенный инфаркт миокарда. Альтернативой традиционным видам терапии в таких случаях являются гомеопатические препараты, имеющие ряд преимуществ - быстрое наступление эффекта, отсутствие нежелательных явлений, хороший

комплаенс и др. Возможности применения гомеопатического препарата Гентос[®] заключаются в универсальности развития эффектов его компонентов при СНМП различного генеза.

Цель. Оценить результаты монотерапии Гентосом[®] у молодых мужчин, имеющих СНМП, как проявление хронического простатита.

Материалы и методы. Пациенты с СНМП на фоне ХБП (I группа, n=36) и ХАП (II группа, n=60) получали монотерапию препаратом Гентос[®] (средний возраст 22,6±1,3 года). В III-ю группу вошли 29 лиц с ХБП, а в IV-ю - 30 мужчин имеющих СНМП на фоне ХАП. Средний срок заболевания составлял 1,2 ±0,1 года. Диагноз верифицировали согласно алгоритмов МЗ Украины и данных анкетирования по Международной системы оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (IPSS, QoL). Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили с помощью традиционного компьютерного анализа. Схема монотерапии СНМП заключалась в приёме Гентоса[®] по 15 капель 3 раза в сутки после еды в течении одного и трёх месяцев.

Результаты и их обсуждения. В I-й группе при у 48,2% пациентов боль исчезала к 6,8±0,6 сут., а 51,6% – к концу 9,3±0,7 суток лечения. Эпизоды СНМП исчезли у 74,7% больных на 14,6±0,7 сутки; 17,3% – на 17,4±0,5 сутки в среднем, а у остальных (9,0%) сохранялись на протяжении 23,5±5,2 суток, в то время как в III-й группе СНМП сохранялись в 21,3±0,8 % (p<0,05). Во II группе исчезновение СНМП в 74,7±3,3% случаев на 24,5±3,0 сут. и в 91,6±4,7% к 60-м суткам. В I группе показатель IPSS уменьшался с 12,8±0,6 до 10,4±0,7 баллов уже к 30-м сут, а к концу 90-тых сут. в 96% составлял норму. При сравнении, в III группе он составлял к указанным срокам 11,6±0,7 баллов, а к 90-м сут составлял норму в 91,0%. Во II-й группе эти данные составляли 10,8±1,0 баллов и 94,0%, а в IV-й – 11,2±0,7 баллов и 94,0% соответственно (p<0,05). Индекс QoL до лечения составлял в группах соответственно 3,1±0,4, 2,9±0,5, 2,8±0,4 и 3,0±0,4 балла (p<0,05). В контрольные сроки на 0-е сут. он улучшался о всех группах практически одинаково: 1,1±0,1, 1,3±0,1, 1,2±0,1 и 1,0±0,2 балла соответственно (p<0,05). Наиболее иллюстративной была оценка риска развития нежелательных явлений (НЯ), уровень которых к 30-м сут. в I - й и II –й группах отсутствовал, в III –й составлял 6,4%, а IV-й – 3,0% (p<0,05).

Выводы. Использование Гентоса[®] при СНМП способствовало его быстрой ликвидации, и была сравнима с эффектами классической терапии, назначаемой при хроническом простатите. Монотерапия Гентосом[®] хронического абактериального простатита у лиц молодого возраста является безопасным и эффективным методом лечения.

ВАРИКОЦЕЛЕ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА СОЗРЕВАНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ.

Иванова А.В., Жилкова Е.С., Сомова Е.В., Феськов В.А.

Клиника профессора Феськова А.М. «Центр Репродукции Человека»

Введение. Варикозное расширение вен семенного канатика- одно из наиболее актуальных проблем мужского бесплодия(более 40% случаев).Варикоцеле приводит к сдавлению придатков яичек, где происходит вызревание сперматозоидов. Одним из главных свойств зрелого сперматозоида является его способность связываться с гиалуроновой кислотой. С целью диагностики степени зрелости сперматозоидов в эякуляте, в условиях лаборатории применяется тест, основанный на процессе связывания сперматозоидов с гиалуроновой кислотой, так называемый HyaluronanBindingAssay (HBA тест).

Целью данной работы стало исследовать влияние варикозно расширенных вен семенного канатика на количество незрелых сперматозоидов в эякуляте.

Материалы и методы. В рамках исследования было сформировано 2 группы пациентов. Группу 1 составили 42 пациента, со средним возрастом 38,5± 5,3 лет, для которых была проведена операция по Мармару. В группу 2 вошли 38 мужчин в среднем возраст, которых составил 37,4 ± 6,4 лет, для которых был установлен диагноз варикоцеле, однако операция была отложена из-за соматического статуса. HBA-тест (HyaluronanBindingAssay) отражает содержание зрелых сперматозоидов в эякуляте. Основан на способности функционально зрелых сперматозоидов связываться с гиалуроновой кислотой, которая в естественных условиях присутствует в окружении ооцитов и является «физиологическим селектором» сперматозоидов. Только зрелые сперматозоиды, имеющие специальные рецепторы к гиалуроновой кислоте, способны проникать в ооцит и

оплодотворять его. В норме количество незрелых сперматозоидов не должно было превышать 20%. Для пациентов группы 1 степень зрелости сперматозоидов в эякуляте была оценена до и после операции по Мармару.

Результаты. Не было выявлено статистически достоверной разницы уровня зрелых сперматозоидов в эякуляте у мужчин группы 1 до операции по Мармару и у пациентов группы 2. Содержание зрелых сперматозоидов у мужчин группы 1 до операции и у мужчин группы 2 составило $60,8 \pm 9,3 \%$ и $57,3 \pm 11,5\%$ соответственно ($p > 0,05$). После проведения операции по Мармару уровень зрелых сперматозоидов через 3 месяца у мужчин группы 1 составил $82,1 \pm 8,9\%$, что на 35% выше, чем до операции ($p < 0,05$). В то же время в группе 2 через 3 месяца уровень зрелых сперматозоидов достоверно не изменился и составил $58,9 \pm 10,8\%$.

Выводы. Варикозное расширение вен семенного канатика является причиной нарушения процесса созревания сперматозоидов, что доказано с помощью НВА-теста. Проведение операции по Мармару позволяет повысить количество зрелых сперматозоидов в эякуляте.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ АЗООСПЕРМИЙ

Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Аркатов А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

Восстановление репродуктивного здоровья в настоящее время приобретает особую актуальность в свете складывающейся критической демографической ситуации. Около 20% всех браков страдают бесплодием.

Наиболее тяжелыми формами мужской infertility являются азооспермии. Распространенность азооспермии среди больных с мужским бесплодием достигает 15-20% и у 30% пациентов этой группы диагностируется экскреторно-обструктивное бесплодие. Обструктивная азооспермия может быть первичной (генетически обусловленной) и вторичной (приобретенной).

Генетические причины обструктивной азооспермии. В регуляции сперматогенеза участвуют более 2000 генов. Из них только 30 находятся в Y хромосоме, остальные в аутосомах. В общей популяции уровень хромосомных нарушений невелик и составляет 0,3-0,6%, однако среди пациентов с нарушением фертильности доля лиц с хромосомными аномалиями возрастает до 7-10%, а распространенность среди пациентов с азооспермией достигает 20%. Всем пациентам с азооспермией мы выполняем кариотипирование, оценку локуса AZF, выявление гетерозиготного носительства гена муковисцидоза – прогностические факторы азооспермии. Более чем у 95% мужчин с муковисцидозом находят обструктивную азооспермию. У большинства имеется двухсторонняя врожденная непроходимость проксимального отдела семявыносящего канала или придатка яичка. Основной причиной муковисцидоза являются мутации гена белка CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator) – трансмембранного регулятора муковисцидоза. Методом выбора лечения у таких пациентов является ИКСИ.

Вторичная обструктивная азооспермия возникает в результате воспалительных изменений либо ятрогенных травм и классифицируется по уровню возникновения непроходимости. Диагностический алгоритм обследования пациентов включает в себя как традиционное клиническое обследование, так и специфические генетические, биохимические, гормональные, аппаратные методы исследования.

Для уточнения уровня обструкции используется биохимическое исследование эякулята. При этом оценивают содержание в сперме маркерных веществ, синтез которых происходит преимущественно в определенных органах. Так, фруктоза попадает в эякулят из семенных пузырьков, а нейтральная α-гликозидаза из придатка яичка.

Методом выбора лечения у таких пациентов является хирургическая коррекция обструкции (вазо-эпидидимо, вазо-вазостомии, трансуретральная катетеризация семявыбрасывающих протоков) с обязательной криоконсервацией сперматозоидов для проведения в дальнейшем вспомогательных репродуктивных технологий в случае безуспешной операции по восстановлению проходимость семявыносящих протоков.

Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке – оптимизация диагностического и лечебного процессов, обеспечивающих наступление беременности в краткие сроки.

**МИКРОХИРУГИЧЕСКАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ НЕЙРОТОМИЯ VS ИНГИБИТОРЫ
ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА В ЛЕЧЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ.**

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Книгавко А.В., Горленко А.С., Майборода О.Ф.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

Оргазм и эякуляция являются кульминацией полового акта и его наиболее сладострастной частью. Соответственно синдром преждевременной эякуляции (СПЭ) – ситуация, при которой оргазм и эякуляции у мужчины происходит в большинстве случаев ранее оргазма у женщины, приносит одному или обоим супругам чувство сексуального и психологического неудовлетворения и может стать причиной распада данной супружеской пары. Для лечения пожизненного СПЭ традиционно применяют ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС), однако у них существует целый ряд побочных эффектов (эректильная дисфункция, нарушение координации движений, повреждение ДНК сперматозоидов), что делает их применение нецелесообразным у ряда пациентов.

Целью исследования стало сравнение микрохирургической денервации головки полового члена и ИОЗС в лечении пациентов с СПЭ.

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала проведено комплексное обследование и лечение 218 пациентов, страдающих первичной (пожизненной) СПЭ. Пациентам было проведено: сбор сексуального анамнеза, оценка вегетативной функции по специальной шкале, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, произведено УЗИ органов мочеполовой системы, проведено исследование на инфекции передающиеся половым путем (мужчины с простатитом и вторичной СПЭ исключались из этого исследования). Также пациенты обследованы на предмет местной патологии повышающей чувствительность головки (баланопостит, короткая уздечка), проведен лидокаиновый тест.

Эффективность видов лечения оценивались как субъективно (удовлетворение половым контактом, совместный оргазм, нормализация отношений с партнером), так и объективно (удлинение интравагинального времени до эякуляции, данные биотензиометрии). Проведена оценка экономической стоимости лечения.

Пациенты были разделены на 2 группы:

1-я - 124 мужчины с СПЭ проведено микрохирургическое лечение – селективная нейротомия

2-я – 94 мужчины, которые принимали ИОЗС (как правило помимо сексологических предъявляли неврологические жалобы) были разделены на 2 подгруппы:

2А – 48 пациентов, принимавших ИОЗС длительно (6-8 месяцев)

2Б – 46 пациентов принимавших дапоксетин по требованию (за 2 часа до полового акта).

Результаты: Согласно проводимому лечению СПЭ была определена следующей эффективностью (% пациентов удовлетворенных половой жизнью после лечения):

1. Микрохирургическое лечение – 98,3%, среднее увеличение длительности полового акта в 4,23 раза.
2. При длительном применении ИОЗС эффективность 81,3% (первичный эффект выше однако часть пациентов бросила лечение из-за побочных явлений)
3. При приеме дапоксетина “on demand” эффективность 84,8%.

Выводы:

1. Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (81,3-96,2%) лечения СПЭ.
2. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов мы рекомендуем ранее хирургическое лечение (селективная дорсальная или мозаичная нейротомия) – эффективность - 98,3%.
3. Назначение неврологических препаратов показано лишь лицам с психо-неврологической и вегетативной дисфункцией (эффективность до 85%).
4. Селективная нейротомия полового члена является наиболее эффективным, безопасным (через 6 месяцев чувствительность головки возвращается приблизительно к 50% от исходной) и наиболее экономически выгодным методом лечения СПЭ.

ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АСПЕРМИЙ

Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Стецишин Р.В., Аркатов А.В., Сытникова Е.И.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

Введение. Ретроградная эякуляция – это пассаж спермы по мочеиспускательному каналу мужчины при эякуляции в ходе полового акта, в результате чего эмиссия спермы происходит в полость мочевого пузыря. В норме при половом акте сперма вытекает в заднюю уретру, и, затем, вследствие последовательного сокращения внутреннего сфинктера мочевого пузыря и луковично-кавернозных мышц, выбрасывается из наружного отверстия мочеиспускательного канала. Выделяется несколько причин ретроградной эякуляции. Анатомические причины ретроградной эякуляции: клапаны уретры, врожденные аномалии моче-пузырного треугольника, стриктуры уретры, операции в области шейки мочевого пузыря. Неврологические причины: травмы спинного мозга, рассеянный склероз, диабетическая нейропатия. Фармакологические причины: антигипертензивные препараты, альфа-блокаторы, антидепрессанты. Идиопатические причины: в случае, когда причины установить не удалось. Диагностика основывается на исследовании посторгазменной мочи и обнаружение сперматозоидов. Кроме негативного психологического фактора, ретроградная эякуляция приводит к мужскому бесплодию, исправить которое очень сложно, потому что все существующие способы лечения этого заболевания сопровождаются большой длительностью лечения и обладают низкой эффективностью (11-30%). При отсутствии беременности на фоне медикаментозного лечения применяются методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Цель исследования. Достичь восстановления физиологической эякуляции с целью коррекции мужской инфертильности методом введения геля гиалуроновой кислоты в подслизистый слой задней стенки шейки мочевого пузыря.

Материалы и методы. В андрологическом отделении харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала под наблюдением находилось 8 пациентов с подтвержденной ретроградной эякуляцией. С сахарным диабетом 5 пациентов (62,5%), 2 пациента с посттравматическими нарушениями иннервации органов малого таза (25%) и один пациент с идиопатической формой (12,5%). Все пациенты репродуктивного возраста и основными жалобами были отсутствие эякулята после оргазма и бесплодный брак в течение нескольких лет. Пациентам выполнена эндоскопическая коррекция шейки мочевого пузыря. Под анестезией в уретру введен уретроскоп и через рабочий канал к шейке мочевого пузыря проведена игла-катетер. В подслизистый слой задней стенки шейки мочевого пузыря введен гель гиалуроновой кислоты в таком объеме, чтобы создаваемое выпячивание слизистой на 1/3 закрывало просвет шейки мочевого пузыря.

Результаты. В послеоперационном периоде проводилось динамическое наблюдение. При УЗИ с определением остаточной мочи и урофлуометрии нарушений уродинамики у пациентов не выявлено. Физиологическая эякуляция восстановлена у 7 пациентов (87,5%). Объем эякулята составил от 0,5мл. до 3,5мл. За период послеоперационного наблюдения у трех супружеских пар (37,5%) наступила физиологическая беременность разрешившаяся родами.

Выводы. Эндоскопическая коррекция шейки мочевого пузыря с применением геля гиалуроновой кислоты является эффективным методом лечения мужского бесплодия, обусловленным ретроградной эякуляцией. Метод позволяет добиться наступления физиологической беременности и избежать использования методов ВРТ.

ПЕРЕВЯЗКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ШУНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Книгавко А.В., Казиев С.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

До 50% мужчин старше 40 лет страдают на ЭД разной степени тяжести, причем с годами их количество значительно увеличивается и доходит до 67% к 70летнему возрасту(по данным исследования MMAS), в первую очередь за счет ухудшения пенильного артериального притока и снижения уровня тестостерона. Однако увеличивается частота случаев ЭД среди особ молодого и среднего возраста, у которых выявляются другие причины патологических факторов эректильных нарушений.

Связь между варикоцеле и эректильной дисфункцией доказывает большинство научных работ, в частности исследование Тайбейского медицинского университета (Тайвань) "Varicocele is associated with erectile dysfunction: a population-based case-control study." Keller JJ, Chen YK, Lin HC. Большинство авторов объясняют связь между эректильной дисфункцией и варикоцеле низким уровнем тестостерона "Low plasma testosterone in varicocele patients with impotence and male infertility". Younes AK. Однако есть исследования, которые не находят существенной разницы уровня тестостерона у молодых мужчин с ЭД и варикоцеле с контрольными значениями (W. Aulithkiy, 2011). В ходе клинических наблюдений пациентов с варикоцеле в сочетании с эректильной дисфункцией в Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала в 2010-2014 гг. нами также не выявлено значительного снижения тестостерона в крови этих пациентов.

Это заставляет более детально рассмотреть проблему патологического венозного сброса в качестве причины эректильной дисфункции при варикоцеле.

При ЭД, обусловленной патологическим венозным сбросом, имеет место значительный отток венозной крови по патологическому шунту (через большие подкожные вены, дорзальные или увеличенные кавернозные вены), что делает невозможным поддержание эрекции на должном уровне (до достижения оргазма половыми партнерами). Учитывая, что варикоцеле также является проявлением патологии вен, обусловленной патологическим током крови, можно предположить врожденную предрасположенность к эктопии и недостаточности вен половых органов у пациентов с коморбидностью ЭД и варикоцеле.

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 67 пациентов, страдающих венооклюзивной формой ЭД и варикоцеле. Средний возраст пациентов $38,4 \pm 4,6$ лет. Данная форма ЭД диагностировалась анамнестически и с помощью УЗИ мошонки и полового члена в доплеровском режиме. Пациенты предъявляли больше жалоб на удержание эрекции, чем на ее появление, что является характерным признаком венооклюзивной формы ЭД. Пациентам выполнялось хирургическое лечение: операция Мармара с перевязкой вен, идущих от полового члена к семенному канатику.

Результаты: Эффективность оперативного лечения субъективная (по опросникам МИЭФ) – 85,3%, объективная – по отсутствию венозного сброса на доплеровском УЗИ – 94%.

Выводы:

1. Варикоцеле у молодых мужчин с эректильными проблемами является маркером и одной из причин венооклюзивной формы ЭД.
2. Модифицированная (с перевязкой дорсальной и коммуникантных вен) операция Мармара является высокоэффективным методом лечения таких пациентов.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ НЕЗАПАЛЬНОГО ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ (КАТ. ПІБ)

Литвинець Є.А., Сандурський О.П., Триш В.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Згідно даних літератури розвитку хронічного простатиту обов'язково передую порушення гемодинаміки [3, 5, 7, 9, 10]. В передміхуровій залозі виникає повнокрів'я, стаз, що сприяє розвитку запалення і є причиною загострення хронічного простатиту [1, 2, 6, 8, 12]. Оцінка кровотоку в передміхуровій залозі довгий час здійснювалася за допомогою реографії. В останні роки для оцінки змін в передміхуровій залозі стали широко використовувати ультразвукові дослідження (УЗД), а для оцінки її гемодинаміки кольорову ультразвукову ангіографію [4, 11].

Матеріали та методи дослідження. У нас на лікуванні та під спостереженням знаходилося 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю. Середній вік пацієнтів склав $27,3 \pm 3,5$ років (від 19 до 43 років), тривалість захворювання від 8 місяців до 5 років (в середньому $3,8 \pm 1,2$ роки). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Ультразвукове обстеження хворим проводилось на ультразвуковому приладі SIEMENS SONOLINE G 60 S з ректальним датчиком 5-10 Мгц. Оцінювався стан паренхіми залози, дослідження в режимі сірої шкали: розміри і об'єм залози, контури і симетричність долей залози,

стан капсули, сім'яних міхурців, наявність додаткових структур в паренхімі. В режимі кольорового доплерівського картування, а також в імпульсно-хвильовому режимі оцінювали характер судинного малюнка (хід судин, їх діаметр, кількість судин в симетричних ділянках залози) з наступним графічним зображенням спектру доплерівського зсуву частот у вибраній судині. Кількісна оцінка проводилась по щільності судинного сплетення (ЩСС) (судин/см²) і діаметру судин (ДС). Якісним показником геодинаміки в передміхуровій залозі були: 1) пікова швидкість кровотоку Шп (см/с), 2) діастолічна швидкість кровотоку Шд (см/с), 3) середня лінійна швидкість кровотоку См (см/с), 4) пульсаційний індекс ПІ (ум. од.), 5) індекс резистентності ІР (ум. од.), 6) об'ємний кровотік ОК (л/хв). Необхідно відмітити, що зображення і візуалізація судин передміхурової залози значно покращується при використанні методики енергетичного доплера, яка дає більш багату і насичену судинами картину тканини передміхурової залози в усіх її відділах. Також проводилось анкетування при зверненні та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінки симптомів при захворюваннях передміхурової залози.

Хворі були поділені на дві групи: першу групу склали 30 пацієнтів, які лікувались за загальноприйнятими схемами, друга група (30 пацієнтів) одержувала комплексне лікування + препарат тівортін по запропонованій нами схемі. Дозою, що рекомендується для Тівортину 4,2% р-н по 100 мл внутрішньовенно 1 раз на добу, протягом 10 днів, потім Тівортину аспарат per os по 15 мл 2 рази на добу ще 20 днів.

Групи були співставлені за діагнозом та віком.

Результати дослідження та їх обговорення. Так, при анкетуванні у пацієнтів I-ої групи сумарний бал по IPSS до лікування становив $26,4 \pm 0,31$; індекс оцінки якості життя $L = 4,2 \pm 0,05$; оцінка загального стану по сумі балів $(S+L) = 30,6 \pm 0,3$ (табл. №1). Після 15 днів лікування : IPSS = $18,2 \pm 0,18$; $L = 3,8 \pm 0,054$ і $(S+L) = 22,0 \pm 0,2$. Через 30 днів після лікування : IPSS = $9,6 \pm 0,05$; $L = 2,2 \pm 0,005$ і $(S+L) = 11,8 \pm 0,1$.

У пацієнтів II-ої групи, які разом з комплексною терапією одержували препарат тівортін по запропонованій нами схемі, сумарний бал по IPSS до лікування = $26,8 \pm 0,3$; індекс оцінки якості життя $L = 4,2 \pm 0,05$ і оцінка загального стану по сумі балів $(S+L) = 31,0 \pm 0,28$. Після 15 днів лікування: IPSS = $11,6 \pm 0,1$; $L = 2,4 \pm 0,05$ і $(S+L) = 14,0 \pm 0,23$. Через 30 днів лікування : IPSS = $2,1 \pm 0,05$; $L = 1,4 \pm 0,05$ і $(S+L) = 3,5 \pm 0,05$ (табл. 1).

При ультразвуковому обстеженні хворих, як першої так і другої груп, в режимі сірої шкали у 82,6 % реєстрували в паренхімі залози ділянки фіброзу, переважно периуретрально та центральних зонах. Досить часто спостерігається неоднорідність залози у вигляді чергувань дрібних зон підвищеної ехогенності (ділянки склерозу, кальцинації, клітинної інфільтрації), пониженої ехогенності (зона запального набряку і інфільтрації, гнійного розплавлення тканин). Контур залози в більшості випадків був рівний, іноді зазубреним із-за наявності фіброзних спайок, які утворилися при переході запалення на парастатичну клітковину. При кольоровій ангіографії у цих хворих спостерігалось збіднення судинного малюнка, його дезорганізація, значне зниження пікових лінійних швидкостей, щільності судинного сплетення, діаметру судин, об'ємного кровотоку в зв'язку з впливом на судини запального інфільтрату або ділянок застою (табл. 2). При цьому в центральній зоні передміхурової залози щільність судинного сплетення і середній діаметр судин був більший, ніж в периферичній зоні. Це вказує на неоднорідне зниження щільності судинного сплетення. Переважно в периферичній зоні і в гіпоехогенних ділянках (ділянки фіброзу). Периферична зона залози у хворих на синдром незапального хронічного тазового болю, характеризується більш низькою васкуляризацією, ніж центральна зона.

Після проведеного лікування спостерігається помірне збільшення пікових лінійних швидкостей в судинах центральної зони, збільшення діаметру судин і щільності судинного сплетення, особливо у пацієнтів 2 групи. Об'ємний кровотік і щільність судинного сплетення у цій групі збільшились майже вдвічі (табл. 3). В периферичних зонах передміхурової залози на фоні лікування також відмічається збільшення лінійних і середніх швидкостей, помірне збільшення діаметру судин, щільності судинного сплетення і значне збільшення об'ємного кровотоку і знову це в більшій мірі виражено у пацієнтів 2 групи (табл. 3). Це вказує, що включення в комплекс лікування хворих на синдром незапального хронічного тазового болю (категорія ІІБ) препарату тівортін по запропонованій нами схемі, покращує кровопостачання передміхурової залози та мікроциркуляцію в самій залозі.

Побічної дії при застосуванні тівортину нами не виявлено.

Висновки

1. Проведене дослідження дозволило виявити у хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю виражені порушення кровопостачання в передміхуровій залозі. Дані порушення викликали артеріоспазм магістральних судин та ішемізацію паренхіми на фоні її запалення.

2. Включення в комплекс лікування препарату тівортін по запропонованій нами схемі призвело до стимуляції магістральних артерій, включенню в роботу артеріоловенозних шунтів, що і сприяло ліквідації запального процесу у передміхуровій залозі та дозволяє добитися позитивних результатів терапії і досягти стійкого клінічного ефекту.

3. Одержані дані свідчать про доцільність включення препарату тівортін по запропонованій нами схемі в комплексну терапію хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю

Література

1. Арнольди Э. К. Хронический простатит. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. - 320с.
2. Горпинченко І.І., Литвинець Є.А. Сучасні підходи та шляхи оптимізації лікування хворих на хронічний простатит // Здоров'є чоловіки. - 2007. - №3. - С. 48-56.
3. Горпинченко І.І., Клименко П.М., Павловський Ю.Э. Гемодинамическая классификация простатитов. // Здоров'є чоловіки. - 2004. - №1. - С. 44-48.
4. Литвинець Є. А. Ехінацея: фармакологічні та лікувальні властивості // Галицький лікарський вісник. - 2000. - № 4. - С. 150-151.
5. Литвинець Є.А., Костенко Л.В. Кольорова ультразвукова ангіографія в діагностиці хронічного простатиту. // Галицький лікарський вісник. - 2006. - №1. - С.40-42.
6. Молочков В. А., Ильин И. И. Хронический уретрогенный простатит. - М.: Медицина, 1998. - 303 с.
7. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. / Под ред. Митькова В.В. - М.: Издательский дом Видар-М, 2003. - 720 с.
8. Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Агулянский Л. И. Хронический простатит. - Л.: Медицина, 1989. - 208с.
9. Hong SJ. and ol. Transrectal color Doppler imaging is effective for the posttreatment monitoring of prostatic inflammation // J. Urol. -1996. - V. 155. - P. 480-488.
10. Veneziano S., Pavlica P., Mannini D. Color Doppler ultrasonographic scanning in prostatitis: clinical correlation // Eur. Urol. 1995. V.28. №1. P. 6-9.
11. Neikel I.C., Downey L, Dark I, Ceri H., Olson M. Antibiotic pharmacokinetics in the inflamed prostate // Journal of Urology. - 1995. - V. 153, N 2. - P. 527-529.
12. Ghobich A. Voiding dysfunction associated with chronic bacterial prostatitis. Eur. Urol. 2002; 42: 159-162.

ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ: КОМБІНОВАНА ФІТОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ

Литвинець Є.А., Литвинець В.Є., Кондрат А.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Згідно даних більшості урологів, на хронічний простатит страждає 9-35% чоловіків [1, 3, 4, 5, 6, 9]. На даний час, вважають, що лише 5-10% випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, біля 60-65% - це не бактеріальні простатити і 30-35% - простатодинія [2, 9, 11]. Згідно із запропонованою теорією G. Battalías (2000), простатит є наслідком порушення пасажу сечі – в ряді випадків ситуація посилюється приєднанням мікроорганізмів. Лікування при хронічному простатиті залежить від ступеня вираженості захворювання, його тривалості, приєднання порушень статевих функцій. Проте, ефективність лікування низька. Відновити функцію передміхурової залози дуже важко. У пацієнтів молодого віку може розвинути еректильна дисфункція, порушується репродуктивна функція [3, 6]. Усе це виправдовує пошук нових методів лікування даного захворювання. Негативною стороною більшості фармакологічних препаратів є їхня нефротоксичність, здатність алергізувати та сенсibilізувати організм, особливо при тривалому використанні. Беручи до уваги вищенаведені міркування, зрозуміла увага до фітотерапії при лікуванні хворих на хронічний простатит.

Метою роботи було вивчення ефективності та безпечності застосування препарату Правенор у вигляді капсул та супозиторіїв при лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит.

Матеріали та методи дослідження. У нас на лікуванні та під спостереженням знаходилося 65 хворих на хронічний абактеріальний простатит. Середній вік пацієнтів склав $28,3 \pm 3,2$ років (від 19 до 43 років), тривалість захворювання від 8 місяців до 5 років (в середньому $3,6 \pm 1,2$ роки). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Також проводилось анкетування при зверненні та в процесі лікування за модифікованою міжнародною системою оцінки симптомів при захворюваннях передміхурової залози.

Хворі були поділені на дві групи: першу групу склали 30 пацієнтів, які отримували стандартну терапію на протязі 1 місяця, II група (35 пацієнтів) - + препарат Правенор® ТОВ «УНІВЕРСАЛЬНЕ

АГЕНСТВО «ПРО ФАРМА» - по 1 капсулі раз на добу зранку 15 днів та по 1 свічці Правенору, цієї ж фірми, на ніч теж 15 днів, потім лише капсули Правенор® по 1 капсулі 1 раз на добу ще 15 днів.

Правенор® в капсулах містить унікальну комбінацію рослинних екстрактів та мікроелементів. Так 1 капсула містить: активні інгредієнти: екстракт кропиви дводомної (*Urtica dioica*) – 200 мг, екстракт ясків сланких (*Tribulus terrestris*) – 70 мг, екстракт гінго білоба (*Ginkgo biloba*) – 20 мг, екстракт гірчаку японського (*Polygonum cuspidatum*) – 20 мг, селен-метіонін – 15 мг (еквівалентно 165 мкг селену).

1 ректальна свічка Правенору містить: екстракт ягід карликової пальми (*Saw palmetto*)-150мг; екстракт коренів любистку лікарського (*Ltivisticus officinale*)- 50мг; екстракт квіток нагідок лікарських (*Calendula officinalis*)– 50 мг.

Комплекс біологічно активних речовин, що входять до складу активних інгредієнтів Правенору має протизапальні, антибактеріальні, протівонабрякові, спазмолітичні, антиоксидантні властивості, покращує мікроциркуляцію, викликає м'яку сечогінну і, в цілому, простатопротекторну дію. Правенор блокує запальний процес, відновлює мікроциркуляцію, попереджує розвиток мікротромбозів вен передміхурової залози. Стимулює м'язевий тонус сечового міхура, знімає дизуричні розлади. Попереджує деструктивні процеси внаслідок подавлення надлишкового вільнорадикального окислення; стимулює підвищення лібідо, силу ерекції, покращує сперматогенез та статевий потяг.

Групи були співставлені за діагнозом та віком.

Результати дослідження та їх обговорення. Контрольне обстеження, проведене після завершення запропонованого нами курсу терапії, підтвердило зникнення запального процесу в передміхуровій залозі (табл. 1). Так кількість лейкоцитів в секреті передміхурової залози в пацієнтів І-шої групи знизилась з 69,8 до 14,6, а у пацієнтів II-ої групи, які приймали Правенор в капсулах та свічках з 70,4 зменшилась до 7,2; відзначено підвищення кількості лецитинових зерен. В сечі та секреті передміхурової залози росту мікрофлори не виявлено. Пацієнти також відзначали значне зменшення суб'єктивних проявів, часто з повним зникненням больового синдрому, а також значне поліпшення загального стану і копулятивної функції. Але ці показники були кращими у хворих II-ої групи. Так, при анкетуванні у пацієнтів I-ої групи сумарний бал по IPSS до лікування становив $28,2 \pm 0,28$; індекс оцінки якості життя $L = 4,4 \pm 0,05$; оцінка загального стану по сумі балів ($S+L$) = $32,6 \pm 0,36$. Після 15 днів лікування: IPSS = $19,6 \pm 0,16$; $L = 3,9 \pm 0,05$ і ($S+L$) = $23,5 \pm 0,24$. Через 30 днів після лікування: IPSS = $9,8 \pm 0,05$; $L = 2,4 \pm 0,005$ і ($S+L$) = $12,2 \pm 0,2$. У пацієнтів II-ої групи, які разом з комплексною терапією одержували препарат Правенор по запропонованій схемі, сумарний бал по IPSS до лікування = $27,8 \pm 0,32$; індекс оцінки якості життя $L = 4,3 \pm 0,05$ і оцінка загального стану по сумі балів ($S+L$) = $32,1 \pm 0,26$. Після 15 днів лікування: IPSS = $11,8 \pm 0,1$; $L = 2,5 \pm 0,05$ і ($S+L$) = $14,3 \pm 0,24$. Через 30 днів лікування: IPSS = $2,2 \pm 0,05$; $L = 1,5 \pm 0,05$ і ($S+L$) = $3,7 \pm 0,05$.

Побічної дії при застосуванні капсул та свічок Правенору нами не виявлено.

Висновки

Таким чином, як показали результати лікування, призначення Правенору по запропонованій схемі патогенетично обгрунтовано при хронічному абактеріальному простатиті, що дозволяє добитися позитивних результатів терапії і досягти стійкого клінічного ефекту. Отже, одержані дані свідчать про доцільність включення препарату Правенор у вигляді капсул та супозиторіїв в комплексну терапію хворих на хронічний абактеріальний простатит.

Література

1. Горпинченко І.І. Исследование клинической эффективности комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний половых органов у мужчин с использованием препарата Правенор / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. - 2009.- №2.- С. 38-44.
2. Горпинченко І.І. Сучасні підходи та шляхи оптимізації лікування хворих на хронічний простатит / І.І. Горпинченко, Є.А. Литвиненко // Здоровье мужчины. - 2007.- №3.- С. 48-56.
3. Nickel J.C. Rational management of non – bacterial prostatitis and prostatodinia / J.C.Nickel // Current Opinion in Urology. – 1996.6. – P. 53 – 58.
4. Литвиненко Є.А. Хронічний абактеріальний простатит: застосування тамсулозину та фітотерапії у лікуванні / Є.А. Литвиненко // Здоровье мужчины. – 2006. - №2. – С.18-19.
5. Арнольди Э. К. Хронический простатит / Э.К. Арнольди - Ростов-на -Дону: Феникс, 1999.- 320с.
6. Литвиненко Є.А. Можливості фітотерапії в лікуванні хворих на хронічний простатит / Є.А. Литвиненко // Здоровье мужчины. – 2008. - №3. – С.188-193.
7. Ткачук В. Н. Хронический простатит / Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Агулянский Л. И. . - Л.: Медицина, 1989.- 208 с.
8. Литвиненко Є.А., Зеляк М.В., Томусяк Т.Л. Хронічний простатит: фітотерапія у комплексному лікуванні / Є.А. Литвиненко, М.В.Зеляк, Т.Л.Томусяк // Урологія. – 2001. - № 4. – С. 42-43.
9. Молочков В. А. Хронический уретрогенный простатит / В. А. Молочков, И. И. Ильин – М.: Медицина, 1998. – 303 с.
10. Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y. et al. The 3rd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Proceedings / Cockett A.T.K., Khoury S., Aso Y. et al. -1996.- 651 p
11. Nickel J. C. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis / J. C. Nickel, R. Sorensen // J. Urol. – 1996.6.- V. 155.

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Билоголовская В.В., Ходжава М.М.

ГУ «Институт урологии» АМН Украины, г. Киев

Условно разделяя человеческую жизнь на определенные временные этапы, как это удалось сделать восточным мудрецам (молодость – до 20 лет, создание семьи – до 30, выполнение общественных обязательств – до 40, познание собственных заблуждений – до 50, последний творческий период – до 60, желанный период жизни – до 70, старость – после 70), период вступления в менопаузу в наши дни хотелось бы ассоциировать с максимальной возможностью сочетания зрелых желаний, с удовлетворением реализации жизненного потенциала на фоне сохраненного соматического, гинекологического и сексуального здоровья.

Средний возраст вступающих в менопаузу в странах Западной Европы-51-52 года, в Украине 49-50 лет. Если попытаться произвести сопоставление возрастных характеристик женщин в современном мире и прошлого, в настоящем есть много позитивных доминант: насыщенность эмоций, зрелость желаний, активность в реализации возможностей и готовность к переменам.

В унисон происходящим изменениям в современном мире, да и в нашем обществе, хотелось бы отметить, что женщины после 49 лет, особенно с активной социальной позицией, ощущение своей молодости связывают с сохранением соматического, гинекологического и сексуального благополучия.

В соответствии с результатами анализа анкетирования пациенток, вступивших в состояние качественной возрастной перестройки, данный возрастной период воспринимается как сочетание зрелости и важности реализации осмысленных желаний. Потому именно этот возраст уже традиционно в сексологии называют **элегантным**.

В то же время нельзя не отметить, что данный возрастной период ассоциируется с целым рядом качественных преобразований, происходящих постоянно в организме во временном пространстве и обусловленных изменением эндокринного равновесия, угасанием функции яичников, особенностями взаимосвязей в нейроэндокринной системе, в значительной степени определяющих акценты настроения, степень жизненных возможностей и перспектив.

Однако, именно с возрастом понятия качества жизни и значимость определенных ценностей приобретают новое значение, среди которых сексуальным переживаниям отведено особое место[1,2,3,4,5].

Мы убедились в том, что 32,4% женщин после 60 лет и 18,7 %- после 70 лет связывают реализацию сексуальных переживаний с утверждением жизненного потенциала [6].

По данным Американского Национального Совета по Старению 60% из 1000 мужчин и женщин в возрасте старше 50 лет отмечали, что их сексуальные отношения были более эмоционально насыщенными, чем в молодом возрасте [7,8].

На фоне возрастных нарушений эндокринного равновесия в организме женщины, связанного с формирующимся дефицитом, преимущественно эстрогенов, у большинства климактерические нарушения проявляются в виде вазомоторных, эмоционально-психических, обменных изменений, урогенитальных расстройств, прогрессирующих с возрастом, влияющих на комфорт интимных взаимоотношений партнеров, качество жизни [9,10,11,12,13].

Целью нашей работы была оценка сексуального здоровья женщин в период постменопаузы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД. Нами проведено обследование 42 женщин в возрасте от 46 до 58 лет в состоянии физиологической (20 обследованных - первая группа) и хирургической (22 пациентки после надвлагалищной ампутации матки с придатками по поводу лейомиомы матки – вторая группа) менопаузы, обратившихся за консультативной помощью в ГУ «Институт урологии НАМН Украины». Продолжительность менопаузы у пациенток первой группы была от 2 до 9 лет, второй – от 2 до 10 лет). Анализ данных анамнеза обследованных женщин двух групп показал, что они практически не имели достоверных различий по характеру и частоте перенесенных заболеваний и по имеющейся сопутствующей патологии. Операции были выполнены лапаротомическим доступом.

Всем женщинам было проведено комплексное клинико-функциональное обследование. Все пациентки ранее и в момент обследования не принимали, рекомендуемую на данном возрастном этапе заместительную гормональную терапию.

При проведении комплексного обследования для оценки показателей сексуального здоровья были учтены рекомендации ВОЗ и Консенсуса, принятого в 2003 году в Париже на Втором международном семинаре по вопросам сексуальных дисфункций у мужчин и женщин [14].

Учитывая особенности параметров проводимого обследования и поставленные задачи, нами была разработана анкета по изучению показателей состояния сексуальной функции женщин данной возрастной группы. Анкетирование проводилось методом- интервью. Рекомендовалось одновременно обследованным женщинам вести дневник «сексуальных переживаний и впечатлений».

Частота половых контактов оценивалась в течение каждого месяца с учетом рекомендации В.И.Здравомыслова. В соответствии с рекомендациями этого же автора независимо в паре проводилось заполнение карты эрогенных зон женины [15].

Определение спектра и характера сексуальных дисфункций у женщин с оценкой сосудистых нарушений осуществлялось при использовании ультразвукографического исследования с включением метода доплерографии на ультразвуковой диагностической системе XARIO фирмы TOSHIBA экспертного класса в динамике наблюдения. При использовании цветного доплеровского картирования проводилась оценка сосудистой ангиоархитектоники, особенностей паренхиматозного кровотока (его наличие, усиление или отсутствие). Также проводилась импульсная доплерография с оценкой индексов доплерографии.

Показатели сосудистого кровотока базировались на оценке артериального кровотока маточной артерии, яичниковых артерий, а также сосудов влагалища и клитора. Индексы доплеровских кривых получали при совокупности комбинаций нескольких доминантных признаков сосудистой кривой. При исследовании использовали один и тот же угол сканирования между лучом и сосудом, который составлял от 0 до 40 градусов, а также проводилась оценка доплеровских сигналов хорошего качества. Индексы доплеровских кривых получали из комбинации признаков этих кривых.

Оценка рН-метрии слизистой влагалища проводилась до и через 30-40 минут после стимуляции (при использовании видеоэротической стимуляции и локально возбуждающего лубриканта с афродизиаками) [16].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При сопоставлении результатов обследования женщин данной возрастной группы мы убедились в наличии клинических параллелей между степенью выраженности УГР и состоянием сексуального здоровья.

Состояние дискомфорта по причине уменьшения лубрикации и болезненного полового акта, снижения желания, возрастающей частоты аноргазмии большинство пациенток обеих групп начали испытывать через 1-2 года с момента менопаузы. Все это сказывалось на характере интимных отношений партнеров, и стало одной из основных причин уменьшения частоты половых контактов.

Согласно результатам наблюдений, частота половых контактов у большинства женщин первой (60,0%) и второй (54,5%) групп не превышала 4 раза в месяц. Значительная часть (36,4%) пациенток отмечали, что частота половых контактов после хирургического лечения уменьшилась и была реже 1 раза в месяц. Большинство из обследованных респондентов связывали это также с психологическими проблемами пары в послеоперационном периоде и с формированием сексуальных дисгармоний в дальнейшем.

В спектре сексуальных дисфункций у женщин первой группы преобладали диспареуния (85,0%), как следствие нарушения лубрикации (90,0%), а также снижение сексуального желания (50,0%). У пациенток второй группы диспареуния (86,4%) наблюдалась, преимущественно, на фоне нарушения лубрикации (85,7%), как правило, по истечении 1-2 лет после операции и сочеталась с другими сексуальными дисфункциями различной степени выраженности.

У 25,0% пациенток первой и 40,9% - второй групп достижение оргазма отмечено менее чем при 50,0% половых актов, что свидетельствует о формировании вторичной половой холодности с момента наступления менопаузы.

Показатели рН-метрии слизистой влагалища у женщин первой группы в состоянии покоя находились в пределах 6,5-7,5, а после стимуляции – 6,7-7,8; у пациенток 2-ой группы – 7,1-7,5 и 7,5-8,0, соответственно. Повышение показателей рН у женщин данной возрастной группы сочеталось с развитием атрофических изменений слизистой влагалища на фоне установленного эстрогенового дефицита.

При оценке доплерографии сосудов клитора у женщин первой группы скорость объемного кровотока составила 1,5-2,2 см/сек. в покое и 3,8-4,5 см/сек через 30-40 минут после стимуляции (в норме этот показатель соответствует 5,5-7,5 см/сек). Следует отметить, что у пациенток, как первой, так и второй групп с выраженной диспареунией, сочетающейся во всех случаях со снижением либидо и полной или частичной аноргазмией, показатели доплерографии имели свое отличие: скорость объемного кровотока сосудов клитора в покое и после видеоэротической стимуляции с использованием возбуждающих лубрикантов была низкой - от 0,7 до 1, 2 см/сек.

У женщин с выраженной диспареунией, сочетающейся со снижением либидо и аноргазмией наблюдалось снижение уровня E_2 (в 1,5-1,7 раза – первая группа; в 1,7-2,2 раза – вторая группа).

Можно предположить, что на фоне эстрогенового дефицита, особенно выраженного у женщин спустя 1-2 года после удаления матки с придатками, наблюдалось развитие атрофических изменений слизистой влагалища, сопровождающееся уменьшением смазки с развитием диспареунии, снижением либидо и аноргазмии в дальнейшем.

Мы убеждаемся, что значимость адекватных эстрогеновых уровней в сохранении вагинальной чувствительности и в предупреждении развития диспареунии, а на ее фоне и снижения либидо, аноргазмии, невозможно переоценить в период менопаузы.

По мере нарастания атрофических изменений во влагалище отмечено снижение скорости объемного кровотока клитора, значительное повышение pH влагалища до 6,5-7,8 и незначительное изменение этих показателей после адекватной эротической стимуляции.

Сравнивая полученные результаты с литературными данными можно предположить, что в зависимости от степени эстрогенового дефицита уменьшается выработка оксида азота (NO) эндотелиальными клетками сосудов, под воздействием которого запускаются механизмы вазодилатации, расслабления гладкой мускулатуры влагалища, степень кровенаполнения влагалища, клитора, достижение полноценной смазки.

Как известно, вазоактивная субстанция – NO участвует в формировании каскада биохимических процессов, последовательность которых обеспечивает увеличение концентрации кальция внутри клетки, что является кульминационным моментом в механизмах расслабления гладкой мышечной ткани при достижении сексуального возбуждения [15,16,17,18,19].

Полученные нами данные позволили убедиться, что нарушения в этой системе взаимосвязей, обусловленные возрастным дефицитом в первую очередь эстрогенов, приводит к развитию атрофических изменений со стороны урогенитального тракта и являются «пусковым механизмом» в возникновении каскада сексуальных дисфункций у женщин данной возрастной группы. Несомненно, и то, что при формировании сексуальных дисфункций преобладает круговая модель взаимосвязей и взаимоотношений. Каждый причинный фактор непосредственно отражается на последующих изменениях, включая пациента в «порочный круг» причинно-следственных взаимоотношений.

Мы убедились, что нарушения состояния сексуального здоровья, в большей или меньшей степени выраженности, были установлены почти у всех обследованных женщин данной возрастной группы.

Важно отметить, что сексуальные дисфункции у большинства из обследованных пациенток сочетались с состоянием разочарования, снижения самооценки, угнетения, раздражительности и предопределяли возникновение психоэмоциональной нестабильности и депрессий у многих из них, по принципу «обратной связи» передавались их партнерам. Однако женщины на такие нарушения, как правило, не обращали внимания и за специализированной сексологической помощью не обращались. В тоже время, 18(94,0%) пациенток первой и 15(68,2%) – второй групп связывали сохранение сексуальных отношений и сексуальной востребованности с показателями жизненной активности, эмоциональной насыщенности.

Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости адекватных действий по своевременному предупреждению возникновения сексуальных дисфункций у женщин в период менопаузы, их диагностике и коррекции, особенно значимых на ранних этапах их формирования.

Литература:

1. Smith L., Mulhall J., Deveci S., Monaghan N., Reid M. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons// J Sex Med-2007-Vol.4-№5-P.1247-1253.
2. Nicolosi A., Laumann E., Glasser D., Moreira E., Paik A., Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors.//Urology-2004-Vol.64-P.991-7.
3. Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J., et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications// J Urol. – Vol. 163. – 2001. – 888p.
4. American Association for Retired Persons. // Healthy sexuality and vital aging. Washington: American Association for Retired Persons, 1999.
5. Schwenkhaugen A. Hormonal changes in menopausal and implication sexual health.//J Sex Med-2007-Vol.4-№3-P.220-6.
6. Romashchenko O., Gorpinchenko I., Melnikov S. Estimation of the indices of the sexual health of women of the reproductive and menopausal age// J Sex Med.- 2006.- Suppl. 3, Vol.3.- MP-04-116, P-214.
7. Berman J., Berman, L. For women only. A revolutionary guide to reclaiming your sex life. London: Virago Press, 2001.
8. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ 2003; 326:45-7.
9. Nappi R., Salonia A., Traish A., Kodiglu A., Goldstein I. Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction.//J Sex Med-2005-Vol.2-P.4-25.
10. Longscope C. Adrenal and gonadal androgen secretion in normal females. Clin in Endocrinol. Metab. 1986; 15: 213–227.
11. May K, Riley A. Sexual function after 60. J Br Menopause Soc 2002; 8: 112-14. 12. Milsom I. Symptoms, diagnosis and treatment of vaginal atrophy. / Br Menopause Soc 2002; 8: 115-6.
12. Burger H.G. Androgen production in women. Fertil. Steril. 2002; 77:3-5.

13. Farage M., Maibach H. Lifetime changes in the vulva and vagina//Arch Gynecol Obstet-2006-Vol.273-P.195-202.
14. Lue T.F., Basson R., Rosen R., et al.. Sexual Medicine. Sexual Dysfunction in Men and Women. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunction –Paris. Edition, 2004,- 991p.
15. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексология. – Алма-Ата «Казахстан», 1985. - 269с.
16. Горпинченко И.И., Ромашенко О.В., Мельников С.Н., Головинов В.А., Билоголовская В.В.. Диагностика сексуальных дисфункций у женщин//Репродуктивное здоровье женщины, №4(33), 2007, с.49-53.
17. Uckert S., Waldkirch E., Sonnenberg J. et al. Cyclic AMP- and cyclic GMP-binding protein kinases in the human vagina: Expression and co-localization with eNOS, VIP and PGP 9.5.//J Sex Med.- 2008.- Suppl. 2, Vol.5,-MP-01-081, P.72
18. Burnet A.I., Calvin T.C., Silver R.I. Immuno-chemical description of nitric oxide synthase isoforms in human clitoris//J Urol 1997;158(75):278
19. Burger H. The menopausal transition-endocrinology//J.Sex Med-2008-Vol.5-P.2266-73.

СЕКС – ОПРОВЕРГНУТЫЕ МИФЫ И СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОПАСНОСТИ

Россихин В.В.

Харьковская медицинская академия последиplomного образования

Существует множество мифов, примет, ритуалов, диетических заблуждений, сопряженных с такой основополагающей функцией человека как секс. Вместе с тем, сегодня на основе статистических исследований многие из этих мифов признаны заблуждениями. Например:

1. Размер мужской ноги что-то означает

В обществе существует мысль, что размер половых органов мужчины связан с габаритами его ног, рук или даже носа. Интересно, что это имеет несомненно научное обоснование, поскольку размер пальцев рук, ног, пениса и клитора зависит от одного и того самого гормона. Впрочем, результаты многочисленных исследований с привлечением большого количества людей показывают отсутствие связи между размерами половых органов и любых других частей тела.

2. Пик мужской половой активности - в 18 лет, женской - в 28

Оказывается, данный миф также имеет научную основу. Так, пик уровня мужского гормона тестостерона в крови мужчины наблюдается именно в 18 лет, а у женщин уровень эстрогена максимально повышается в середине 20-х лет жизни. Поскольку низкий уровень данных гормонов часто ассоциируется с сексуальной тягой, формируется впечатление, что их высокий уровень формирует пиковую половую активность. На самом деле же половая активность больше зависит от социальных факторов, чем от гормонов. Так, наличие постоянного партнера есть одним из основных факторов, которые улучшают статистику интимной жизни в любом возрасте.

3. Секс помогает похудеть

Достаточно много специалистов по фитнесу и обывателей считает секс полноценной заменой физическим упражнениям. На самом деле же его можно считать активностью легкой или умеренной степени. Учитывая то, что среднестатистическая длительность полового акта составляет около пяти минут и то, что на протяжении этого времени можно израсходовать всего 25-125 калорий, секс нельзя считать заменой нормальным физическим упражнениям. Правда, значительно больше калорий тратится в необычных сексуальных позах: а) «Женщина сверху*»; б) «Что стоишь, качаясь?» - секс стоя; в) «А я сяду, присяду»; г) «Лежачий полицейский – вовсе не декорация!» - секс лёжа с усиленными нагрузками (терминология журнала Lady S.).

4. Мужчины думают о сексе каждые семь секунд

Если принимать такое утверждение за правду, значит, что каждый мужчина думает о сексе свыше шести тысяч раз за день. Это стало бы причиной не только умственной дисфункции, а банальной невозможности концентрироваться даже на простейшей деятельности. Правда, мужчины действительно думают о сексе чаще, чем женщины. Так, большинство мужчин думают об интиме каждый день или несколько раз на день, и лишь меньше, чем у 20% женщин, наблюдается такая же закономерность.

5. Устрицы являются афродизиаками

Продуктом, который усиливает возбуждение на ощущение во время секса, устриц считали еще давние греки. Это не удивительно, так как, согласно легенде, богиня красоты и любовь Афродита родилась именно из раковины устрицы. Впрочем, ни одно исследование не показало способность этих моллюсков влиять на уровень возбуждения ни у мужчин, ни у женщин.

6. Бурный секс опасен для сердца**

Некоторые люди не только думают о подобной опасности, но и серьезно боятся умереть прямо во время полового акта (как это было, например, с Чингиз-ханом, Авиценной, императором Карлом Великим, Папами Иоанном XII и Павлом II, президентом Франции Феликсом Фором). На самом деле же шанс получить сердечный приступ прямо в кровати есть очень низким. В то же самое время, люди, которые имели в прошлом или страдают в настоящем от болезней сердечно-сосудистой системы, должны быть осторожными, поскольку секс все же является определенной физической нагрузкой (особенно, если принимаются такие мощные селективные ингибиторы цГМФ-специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ5) как силденафил, тадалофил и, к примеру, нитраты).

** За год в мире во время секса умирает около 50 тыс. человек. Лишь в 25% случаев мужчина умирает во время секса с женой. Остальные 75% приходятся на секс с проституткой или любовницей. У женщин риск умереть во время секса в 12,5 раз меньше, чем у мужчин.

7. Оральные контрацептивы способствуют набору веса

Почти все лекарства имеют побочные эффекты, но то, что пилюли от оплодотворения увеличат вес, является мифом. Однако это не всегда было так.

Изначально в самых первых таблетках для предохранения содержалось слишком много гормона эстрогена. Поскольку разовая доза была практически в два раза больше нормы, это влекло за собой изменение гормонального фона и серьезно вредило эндокринной системе. Избежать этих изменений было невозможно, поэтому практически все женщины стремительно полнели. В частности, жировые отложения накапливались на животе по абдоминальному типу. Впоследствии было доказано, что этинилэстрадион (синтетический эстроген) действительно влияет на метаболизм. Однако все зависело от дозы гормона - чем меньше доза, тем меньше последствия и тем менее заметны изменения гормонального фона. Несмотря на это, именно неудачное применение первых оральных контрацептивов и их не до конца продуманный состав - источник большинства мифов о весе и таблетках. Сегодня высокоселективные прогестагены в сочетании с экстранизкими дозами эстрогенов не влияют на углеводный обмен. А значит, не приводят к набору массы тела.

8. С возрастом яички опускаются ниже

Естественным является то, что с возрастом репродуктивная система мужчин проходит ряд изменений. Однако мысль о том, что тестикулы изменяют свое положение, есть является совсем правильной. На самом деле самые железы уменьшаются в размере, и это создает впечатление, что они опускаются ниже. Кроме того, с возрастом ослабевают крематерная мышца и мышцы, контролирующие тонус мошонки.

9. Работа по дому улучшает сексуальную жизнь мужчины

Существует мысль, что путь к женскому сердцу лежит через выполнение домашней работы. Психологи объясняют это тем, что выполнение мужчинами работы по дому создают у женщин ощущения большей справедливости в отношениях, что, конечно, влияет и на половую жизнь. Впрочем, исследования с участием тысячи пар (Великобритания) показывают, что психологи ошибаются. Оказалось, что пары, где женщина выполняет больше традиционной "женской" работы по дому, занимаются сексом чаще. И наоборот, выполнение мужчиной большей части домашней работы (приготовление пищи, мытье посуды, стирка) уменьшало количество секса.

В то самое время на половую жизнь положительно влияло выполнение представителями сильного пола традиционных "мужских" задач.

Нюанс заключается в том, что последнее масштабное исследование на данную тему было осуществлено 20 лет тому. Не исключено, что с того времени многое изменилось.

10. Необходимо отметить, что раньше ученые исходили из следующей «нормы» - «среднестатистическая пара занимается сексом два-три раза в неделю».

11. Секс всегда полезен! Выше приведены 10 позиций, демонстрирующих особенности секса человека. Вместе с тем, секс может быть не только опасным, но и смертельным. Относится, правда, это к необычным формам секса. Так:

- В 2009 году погиб знаменитый актер Дэвид Кэррадайн ("Убить Билла"). Он умер в Бангкоке, городе нищеты и разврата. Артист довольно изощренно мастурбировал, запершись у себя в

номере. Полиция не сообщила подробностей, но известно, что артист случайно задушил себя сам.

- В 2010 году в Бельгии погиб известный британский гонщик Роберт Мортимер. Его до смерти заласкали две профессиональные садистки: 46-летняя госпожа Лукреция (кстати, иммигрантка из России) и ее 37-летняя ассистентка, госпожа Джуно. Гонщик умер от передозировки оксида азота — проще говоря, нанюхался веселящего газа
- Доподлинно известен случай, когда женщина умерла во время орального секса, захлебнувшись спермой.
- В 2008 году Британец Крис Николс, 23 лет, умер от сердечного приступа, перевозбудившись во время просмотра порно-DVD (смертельная мастурбация при пороке сердца).
- 30-летний Роберт Астей из Ганы решил заняться любовью с 75(!) - летней женщиной, пациенткой местного дома престарелых. В пылу страсти Роберт даже не заметил, как возрастная партнерша умерла. Остановиться он смог лишь после того, как зритель заведения вошел в помещение, где происходило действо, и ударил любовника дубинкой по голове.
- В американском штате Пенсильвания в 2007 году женщина погибла во время сексуальных игр с бытовыми электроприборами. Тоби Тейлор (в ту пору ему был 31 год) был арестован в по обвинению в непредумышленном убийстве жены электротоком. Занимаясь сексом с использованием бытовых электроприборов, таких как фен и микроволновая печь, он подсоединял электропровода к соскам и губам жены, а затем подключал их к источникам напряжения. В последний раз Тоби не рассчитал силу электричества и его жену ударило током насмерть.
- В 2005 году мужчина был найден мертвым на своем ранчо в штате Вашингтон (США). Было обнаружено, что он умер от внутреннего кровотечения после секса с конем. Смертельный акт произошел на ферме. Животное не пострадало, а вскрытие мужчины показало, что он умер "в результате разрыва прямой кишки". Полиция, расследовавшая это не совсем обычное дело, нашла на ранчо огромную кучу порно-журналов, пропагандирующих зоофилию.
- 80-летний пенсионер из Германии засунул член в дупло. На следующее утро он был найден мёртвым: жившая в дереве белка откусила ему член, и старик умер от кровопотери.
- В конце мая 2004 года 50-летний житель города Чонгви в Замбии повесился после секса с курицей. Жена его, заставшая за «изменой», рассказала об увиденном соседям. В результате вскрывшегося факта зоофилии любвеобильный житель городка повесился в своем доме, а привлекательную курицу пришлось зарезать.

О ЖИЗНИ СТАРИКОВ В КОНЦЕ ПУТИ (ревью по проблеме «Being Mortal» - для урологов)

Россихин В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Хороший индикатор зрелости государства — сколько человек умирает дома. В 1946 году в США таких было большинство — как и в развивающихся странах сегодня: медицина доступна не всем, и где-нибудь в Афганистане далеко не всякий крестьянин, которого свалила с ног пневмония, вообще успевает увидеть врача. Уже в 1980 году в США дома умирали всего 17 процентов (а подавляющее большинство остальных — в больницах). Победа прогресса вроде бы налицо. Но с тех пор цифра росла и росла — 23 процента в 2000 году и 27 процентов в 2010-м. Значит ли это, что всем этим людям не хватило денег на койку в палате? Скорее, наоборот: скончаться в своей постели — привилегия, которую все больше людей может себе позволить.

Какие человек произносит последние слова, прежде чем умереть? В странах «первого мира» этот вопрос теряет смысл, потому что здесь обычно уходят из жизни без сознания, после многих месяцев с трубкой аппарата искусственной вентиляции легких во рту и с катетером в носу — а это исключает всякие разговоры с близкими. Новые медицинские технологии дают возможность поддерживать жизнь достаточно долго, чтобы больной в клинике успевал не торопясь пройти все стадии беспомощности. Такие рассуждения хорошо смотрелись бы на сайте антимедицинских активистов, которые призывают не тратить деньги зря, спустить в унитаз все таблетки, а от болезней лечиться травмами и позитивным мышлением.

Для урологов представляет интерес книга «Being Mortal» американского хирурга Атула Гаванде — про индустрию, которая выросла вокруг старения и смерти. Атула Гаванде — 49-летний практикующий американский хирург, стипендиат Фонда Макартуров (эту стипендию принято называть «грантом гениев») и постоянный колумнист журнала *New Yorker*. Его главная претензия — не к методам медицины, а к тому, что медицина узурпировала проблему старения и умирания. Что, если разрешить старикам на свой страх и риск пить виски, курить сигареты и жить в отдельном доме?

Высокая средняя продолжительность жизни (в Японии — 84,2 года, в США — 78,8 лет, в Украине — 70,5) означает не только то, что у пенсионеров появляется время поехать по миру. Это означает, что существенная часть населения — люди, которые без посторонней помощи не могут себя одеть и приготовить пищу. Спрос на эту помощь порождает целую индустрию, и большая ее часть — с медицинским уклоном. Старик — это в первую очередь пациент, потому что он чем-нибудь да болеет. Значит ли это, что его нужно в первую очередь лечить?

Эрвинг Гоффман, классик социологии повседневности, в 1961 году опубликовал книгу «*Asylums*» («Прибежища»), где обнаруживает схожие принципы у лучших клиник и плохих тюрем: это тоталитарные государства в миниатюре. Даже самые приветливые медсестры не отменяют того факта, что в палате под капельницей вы подчиняетесь чужому плану на ваш счет. В традиционной культуре человек долгой успешной жизнью зарабатывает себе право «уважать себя заставить», особенно на смертном одре. Благодаря прогрессу в медицине нобелевские лауреаты и создатели огромных компаний в последние дни жизни безоговорочно подчиняются врачам и нянечкам.

Один и тот же медицинский подход практикуют больницы, куда люди попадают с неоперабельным раком, и дома престарелых, куда попадают относительно здоровые, но немощные старики. Для начала Гаванде расправляется со стереотипом, что в дома престарелых родителей сбывают одни нерадивые дети. Уход за 90-летним человеком — это серьезная работа: Гаванде подробно разбирает случай семьи, которой понадобилось несколько лет, чтобы признать задачу непосильной.

Другое дело, что альтернативу домам престарелых в США придумали давно. Что, если разрешить старикам на свой страх и риск пить виски, курить сигареты и жить отдельно — но при условии, что по сигналу тревоги к ним днем и ночью может явиться медсестра, у которой есть ключи от дома? Специально оборудованные поселки, где старики живут вместе в шаговой доступности от команды медиков, — это практика *assisted living*, которая появилась в 1980-х. Первый такой поселок под названием Парк-Пэлейс построила в Портленде на свой страх и риск геронтолог Керен Уилсон, измученная чувством вины перед собственной матерью, для которой ничего похожего не нашлось. К 2000 году основанная Уилсон компания *Assisted Living Concepts* открыла 184 таких заведения в 18 штатах. А потом появились многочисленные подражатели.

Если для многих лет старости подобные поселки годятся, то для нескольких месяцев смертельной болезни — вряд ли. Что может помочь от боли и побочных эффектов лекарств? Отказ от идеи, что главная потребность больного — лечение. Больше всего врачи занимаются теми, кого уже нельзя вылечить. Последний год лечения перед смертью от рака легких обходится в США в среднем в 94 тысячи долларов — и обычно речь идет о второй или третьей линии химиотерапии или операциях, которые заведомо не способны спасти, но при удачном исходе отодвигают смерть на месяц или два ценой мучительных побочных эффектов. Для сравнения: в первый год после диагноза пациента то оперируют, то облучают особенно активно в надежде победить или надолго притормозить болезнь (что часто заканчивается успехом), но за все эти процедуры медики выписывают страховщикам средний чек всего в 28 тысяч долларов.

Гаванде видит главный изъян в языке врачей: они уже научились говорить людям в лицо, что болезнь не лечится, но не готовы развивать эту тему. Предлагать на выбор лекарства, которые дают человеку все более и более ускользающий шанс выиграть еще неделю или две, проще, чем вовремя сообщить пациенту — ему осталось два месяца или два года, и полезно подумать о том, как ими распорядиться. Есть целый ряд практических дилемм, которые хорошо бы решить заранее: если в процессе операции возникает выбор между полным параличом и смертью на операционном столе — стоит ли вас реанимировать? Делать операцию сейчас или дать опухоли разрастись? Гаванде приводит истории своих и чужих пациентов, отвечавших на эти вопросы по-разному. Профессор психологии в возрасте за 70, который согласился на жизнь паралитика в результате операции, выиграл десять лет жизни в инвалидном кресле и успел написать две книги. Отец самого Гаванде, прикинув все за и против, согласился отодвинуть операцию на неопределенное будущее, пока опухоль не станет непереносимой, — и подарил себе несколько лет поездок по миру и игры в теннис.

перед вмешательством хирурга и химиотерапией, которые сделали его беспомощным инвалидом. Каждый выбирает сам, но главное — вовремя поставить человека перед выбором и дать сделать этот выбор ему самому. А табу на разговоры про смерть и старость мешает тому, чтобы такие вопросы были правильно заданы и правильно осмыслены.

К сожалению, данная тема для нашей страны будет актуальна тогда, когда цены на лекарства в аптеках будут доступны для пенсионеров с пенсией в 1200 гривен, возникнет гуманная страховая медицина, а врачи не будут ежедневно погружены в проблему «как содержать семью».

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ

Росихин В.В., Бухмин А.В., Бухмина Е.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. В настоящее время в Украине складывается весьма неблагоприятная ситуация со здоровьем и благополучием детей, основными причинами которой являются отсутствие необходимых знаний в сфере здоровья, неспособность учителей и родителей оказать помощь и ответить на вопросы, возникающие перед каждым подростком, весьма малая нравственная устойчивость в сфере межполовых отношений [1,2].

Что касается последнего, то проблема полового воспитания в целом стоит особенно остро: согласно данным МЗ Украины, примерно 2/3 подростков вступают в половые связи в возрасте 14 -15 лет. Этому немало способствует огромное количество разрозненной информации порнографического характера в Сети и средствах массовой информации.

Цель работы Провести анализ факторов, формирующих половое воспитание подростков.

Обсуждение. Проблема раннего вступления в половые связи - это проблема мирового масштаба. И если, например, в Скандинавских странах в средних учебных заведениях существует такой предмет, как «психология полового воспитания», то в Украине о необходимости его введения в школьные курсы ходят только разговоры. Вообще речь о необходимости создания такого предмета в школьном обучении шла еще 50 лет назад, когда говорить «об этом» вообще было не принято. Но за много лет так ничего и не изменилось.

По сей день проблемой полового воспитания в нашей стране никто по-настоящему не занимается. Со стороны государства нет практически никаких интересов и санкций, а возмущенное общество не в состоянии противопоставить что-либо серьезное порнобизнесу и насилию. Ни родители, ни воспитатели, ни педагоги не знают, как себя вести в сложных ситуациях. Если 15 лет назад, по статистике, в половые отношения вступали только 43,7% мальчиков от 14 до 18 лет, то в прошлом году эта цифра выросла до 70,5%! Это повод забить тревогу[3].

Отсутствие грамотного и этичного полового воспитания в большинстве семей в настоящее время приводит к наблюдаемому ныне высокому проценту незащищенных половых связей в среде подростков, нежелательных беременностей школьниц, венерических заболеваний и т.д.

Однако, если с девочками о половом воспитании мамы все-таки ведут разговоры, то с мальчиками в 77% семей подобные разговоры вовсе отсутствуют. А, как известно, половое воспитание мальчика должно являться частью воспитательного процесса, который обеспечивает развитие личности ребенка как представителя сильного пола. И отсутствие всего этого приводит к вполне объяснимым печальным последствиям: полная либерализация, свобода СМИ и доступа в интернет, тенденции современной моды и ценности массовой культуры подпитывают и без того свойственный юношам интерес к вопросам секса и сексуальности, создают ощущение абсолютной сексуальной дозволенности [4].

Многочисленное количество порнографии в интернете, а также рекламы подобного рода, которая носит порой весьма жестокий и навязчивый характер, достаточно негативно сказывается на половом воспитании мальчиков и нередко провоцирует их вступать в ранние половые связи. Многие юноши, становясь агрессивными, начинают воспринимать порой жестокое поведение взрослых из различных фото- и видеопорносайтов как норму, в связи с чем нередко у многих юношей создается ложное представление о взаимоотношениях между мужчиной и женщиной в связи с многочисленными сексуальными извращениями, которые буквально наполняют Всемирную сеть. Это приводит к постоянным фактам изнасилования - согласно статистике, более 30% случаев изнасилования девочек от 12 до 16 лет совершается мальчиками-ровесниками.

Весьма важна роль полового воспитания юношей и в семье. С раннего детства мальчик берет пример с отца, подражая ему и репетируя свою половую роль в будущем. Для девочки образцом поведения служит ее мать. А отношения между родителями являются примером взаимоотношений полов. Чем дольше родители оберегают детей от соприкосновения с интимной стороной жизни, тем больше вероятность эмоционального потрясения и отвращения к отношениям между мужчиной и женщиной, о которых ребенок узнает в результате так называемой уличной науки. Нередко это приводит к весьма тяжелым последствиям: по данным исследований в РФ, в 2007 году 10,5% несовершеннолетних девочек оказались беременными от юношей-ровесников. Поводом этого служит также и отсутствие знаний о методах современной контрацепции либо в некотором роде стеснение их приобретать в надежде, что все обойдется [4, 5].

Нужно сказать и о том, что запреты на ведение половой жизни в период сексуальной активности у многих несовершеннолетних мальчиков могут быть причиной девиантного поведения. По данным американских исследователей, высокий уровень сексуальной активности юношей нередко сочетается с кражами, угонами транспорта, бессмысленными разрушениями, алкоголизацией, наркотизацией. Известный сексолог И.С. Кон отмечал, что все эти действия могут быть проявлением эмансипационных реакций, своего рода знаками самостоятельности, а там, где подростково-юношеская сексуальность не находится под особо жестким запретом, ее связь с девиантным поведением ослабевает [5].

В настоящее время в некотором роде бедой в половом воспитании подростков является и то, что не существует никакого контроля со стороны государственных структур. Так, в настоящий момент согласно статье Уголовного кодекса субъектом преступления, совершенного в виде полового акта (а в подавляющем числе это именно лица мужского пола), является лицо, достигшее 18-летнего возраста. Следовательно, стали частыми ситуации, когда мальчики до 18 лет, вступившие в половые отношения (особенно с применением насилия) со сверстниками или даже девочками младшего возраста, практически не несут никакой ответственности перед законом. Во многих случаях именно безнаказанность и чрезмерная агрессивность заставляют мальчиков, не достигших совершеннолетия, вступать в половые связи с ровесниками [6].

Выводы. Таким образом, введение предмета о половом воспитании, какой-либо контроль со стороны государства и закона, а также беседы в семье о взаимоотношениях полов крайне необходимы для благополучного полового воспитания подростков.

Сегодняшние 16-17-летние подростки по половому поведению соответствуют 19-20-летним 60-х годов XX века. В наши дни сексуальная зрелость наступает на 2 - 3 года раньше, а вот эмоциональное созревание - замедляется. Проблемы полового воспитания было бы неправильно сводить только к сфере сексуальных отношений. Задачи полового воспитания охватывают весь круг проблем пола, половых различий и полового поведения. Сексуальное просвещение представляет собой неотъемлемый, но не единственный компонент полового воспитания.

Библиография:

1. Товстик, Н.Ю. Педагогические условия оптимизации процесса полоролевой социализации подростков Текст.: дис. .канд. пед. наук / Н.Ю. Товстик. Ульяновск, 2004. - 246 с.
2. Хаптанова, Т.Г. Реализация потребностно-информационного подхода в половом воспитании подростков Текст.: дис. .канд. пед. наук / Т.Г. Хаптанова. - Якутск, 2002. - 121 с.
3. Петрова, Т.В. Половое воспитание младших школьников на основе причинно-следственных связей Текст.: дис. .канд. пед. наук / Т.В. Петрова.-Чебоксары, 2007. 210 с.
4. Иоанн Златоуст. О тщеславии и о том, как должно родителям воспитывать детей Текст. / Хрестоматия по истории педагогики. В 3т. Т1. -М., 2006. С. 404-420.
5. Кон. И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века: социально-педагогический анализ Текст. / И. С. Кон. М. : Феникс, 2001. - 208 с.
6. Григорьева Ю.С. Дидактическая игра как средство полового воспитания детей дошкольного возраста Текст.: дис. .канд. пед. наук / Ю.С. Григорьева. Екатеринбург, 2007.- 186 с.

АДИПОЗОГЕНИТАЛЬНАЯ ДИСТРОФИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГИНЕКОМАСТИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ МУЖЧИН: ПРОБЛЕМА ЭТИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА УРОЛОГА

Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Коноплева О.Г.¹, Улановская Е.Э.¹, Бурман Ю.С.¹, Украинец Е.П.², Краснов В.Н.², Полион Н.Ю.², Квятковский Е.А.³, Коштура В.В.⁴

1. КУ «Д 12 ТМО» ДООС», 2. КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДООС», 3. КУ «Д 9 ГКБ» ДООС», 4. КУ «Д 6 ГКБ» ДООС»г. Днепропетровск

Адиопозогенитальная дистрофия – заболевание, связанное с поражением гипоталамо-гипофизарной системы и характеризующееся недоразвитием половых желез и ожирением.

Заболевание чаще всего возникает у мальчиков и обычно выявляется в возрасте 6-7 лет, но особенно часто в 10-13 лет. Впервые заболевание описал в 1889 г. русский врач Пехкранц, в 1900 г. — М. Бабинский и в 1901 г. — А. Фрелих.

При установленной причине заболевания ожирение и гипогонадизм рассматриваются как симптомы основного патологического процесса. При поражении гипоталамуса происходит повреждение или раздражение его паравентрикулярных и вентромедиальных ядер, что ведет к резкому повышению аппетита с последующим развитием ожирения (рис. 3). Вследствие поражения гипоталамуса снижается гонадотропная функция гипофиза. Это в свою очередь приводит к гипогонадизму с последующим изменением высшей нервной деятельности и развитием характерного ожирения.

Эти пациенты предъявляют жалобы на утомляемость, сонливость, резкую прибавку массы тела, снижение работоспособности и т. д. Кожа нередко сухая, бледная. Лицо округлое. У мальчиков отложение жира по женскому типу (шея, плечи, грудь, живот, область таза и бедер, ягодицы). Волосы на лице и теле отсутствуют. Отмечается гинекомастия. Внутренние органы обычно не изменены. У мальчиков малые размеры мошонки, полового члена, яичек. Нередко наблюдается крипторхизм. Вторичные половые признаки отсутствуют. Изменения функции нервной системы зависят от основного патологического процесса.

Диагноз заболевания устанавливают на основании прогрессирующего ожирения с распределением жира по женскому типу в сочетании с резкой гипоплазией половых органов и развитием гинекомастии.

Гинекомастия— видимое на глаз или пальпируемое увеличение молочных желез у мальчиков и мужчин вызванное гиперплазией (разрастанием) преимущественно железистой и стромальной ткани — впервые описана в 1771 году Lenehin. Название происходит от латинских слов *gynē* - женщина и *mastos* - грудь. Существуют около 50 состояний и заболеваний, включающих в себя гинекомастию как симптом.

Гинекомастия может быть физиологической и патологической, двусторонней (симметричной или асимметричной) и односторонней. Псевдогинекомастией называют увеличение молочных желез, обусловленное разрастанием жировой клетчатки в молочных железах либо опухолью.

На развитие и функцию молочных желез оказывают влияние андрогены, эстрогены, соматотропный гормон, пролактин (ПРЛ), гонадотропные гормоны гипофиза. Известно, что в гистологической структуре молочных желез выделяют два отдела: секреторный, состоящий из эпителиальных протоков железы, и интерстициальный, включающий окружающую эти протоки соединительную ткань и проходящие в ней кровеносные и лимфатические сосуды, нервы. При гинекомастии наблюдаются две гистологические формы у мальчика или мужчины: пролиферация молочных протоков с образованием долек (паренхиматозная трансформация); пролиферация интерлобулярной и перидуктальной ткани с разрастанием соединительной ткани и отложением жира (интерстициальная трансформация). Считают, что паренхиматозная трансформация является следствием воздействия эстрогенов, тестостерона и прогестерона. Пролактин при этом играет только перmissive роль. Интерстициальная трансформация связывается с предполагаемым усилением воздействия пролактина. Данные экспериментальных исследований и клинические наблюдения указывают, что на состояние молочных желез у мужчин влияют те же гормоны, что и у женщин. Гинекомастия сопровождается не только гиперсекрецией эстрадиола, но и накоплением его в организме, что способствует пролиферации молочных желез. При длительно существующей гинекомастии преобладающими становятся фиброз и гиалинизация ткани железы.

Физиологическая гинекомастия наблюдается у новорожденных и у здоровых мальчиков в пубертатном периоде:

Гинекомастия новорожденных объясняется действием материнских и плацентарных эстрогенов и исчезает через несколько недель.

Пубертатная гинекомастия развивается у 50-70% мальчиков в период полового созревания и обычно проходит через 1-2 года.

Подростковая гинекомастия чаще двусторонняя (симметричная или асимметричная), но может быть и односторонней. Причина точно не установлена; предполагают, что в начале пубертатного периода увеличивается отношение эстрогены/андрогены в сыворотке.

По данным американских исследователей, гинекомастию при адипозогенитальной дистрофии можно выявить у 60-70% подростков в возрасте от 10 до 17 лет. В основе патогенеза гинекомастии лежит нарушение андроген-эстрогенового баланса в организме и воздействие

эстрогенов на ткани-мишени, в том числе зачатки молочных желёз, с последующей гиперплазией их эпителия.

Патологическая гинекомастия может быть обусловлена нарушениями синтеза, секреции или действия мужских половых гормонов, избыточной секрецией женских половых гормонов и воздействием лекарственных средств.

Дефицит андрогенов. Чаще всего гинекомастия развивается при врождённой недостаточности половых желёз, в частности – при синдроме Клайнфельтера, анорхии, врождённых нарушениях синтеза тестостерона и приобретённой недостаточной функции яичка. Изредка гинекомастия отмечается при вторичном гипогонадизме, например при синдроме Кальмана.

Гинекомастия возникает при пониженной чувствительности к мужским половым гормонам (например, при синдроме Рейфенштейна).

Гинекомастию вызывают опухоли яичек и надпочечников, секретирующие женские половые гормоны, а также ХГ-секретирующие опухоли печени, ЦНС и яичек.

Лекарственная гинекомастия чаще всего обусловлена случайным приёмом эстрогенов (например, пероральных контрацептивов) или препаратов, стимулирующих синтез эстрогенов. В последнее время гинекомастия часто наблюдается у подростков и молодых мужчин, применяющих мази с эстрогенами. Ещё одна нередкая причина гинекомастии – потребление молока от коров, получающих эстрогены.

Идиопатическая гинекомастия. Такой диагноз устанавливают мальчикам подросткового возраста с гинекомастией, если даже при самом тщательном обследовании не удалось выявить её причину. При сборе анамнеза уточняют, не принимал ли ребёнок эстрогены или антагонисты андрогенов.

Преходящая гинекомастия может возникать после травм, в период выздоровления после тяжёлых заболеваний, сопровождающихся похуданием, а также при возобновлении питания после длительного голодания.

Псевдогинекомастия называют увеличение молочных желёз, обусловленное разрастанием жировой клетчатки в молочных железах либо опухолью молочных желёз.

Гинекомастия (увеличение грудных желёз у мужчин) не является патологией, которая угрожает жизни. Однако представьте себе подростка, который не уверен в себе в силу переходного возраста, а к данной проблеме ещё присоединяется увеличение молочной железы.

Гинекомастия у подростков – актуальная проблема. Летом им всегда становится проблематично выйти на пляж. Увеличенные молочные железы проглядываются из-под футболки или рубашки и вызывают повышенное внимание, насмешки со стороны окружающих. Это может привести к психологическим проблемам у подростка.

Клинически различают четыре степени гинекомастии: I степень - минимальная субареолярная узловатость; II степень - субареолярное уплотнение менее диаметра ареолы; III степень - уплотнение, равное диаметру ареолы; IV степень - уплотнение, превышающее диаметр ареолы. По размерам гинекомастию условно делят на умеренную, среднюю, выраженную. Рассчитывают её размеры по формуле: $D \cdot H$, где D - окружность железы (см), H - высота железы (см), и обозначают условными единицами: умеренная - до 6; средняя - от 6 до 10; выраженная - более 10 у.е.

Гинекомастия бывает болезненной. Боль или чувствительность при пальпации означает недавний или быстрый рост тканей молочной железы. Гинекомастия может сопровождаться отделением секрета из соска. Характер отделяемого (молозиво, серозное, кровянистое) имеет диагностическое значение; возможна и обильная галакторея.

Осматривая больного, прежде всего, необходимо решить вопрос, ложная или истинная гинекомастия имеется в данном случае, физиологическая или признак патологии. Для дифференциальной диагностики важно уточнить, когда стало появляться увеличение молочных желёз, прогрессирует ли процесс, имеются ли болезненность, отделяемое из соска. Выясняют наличие или отсутствие симптомов гипогонадизма, состояние эректильной функции, полового влечения, фертильность. Проверяют симптомы патологии щитовидной железы, надпочечников, печени, почек. Пристальное внимание должно быть направлено на применение лекарственных препаратов, употребление наркотических веществ, алкоголя. Методом пальпации молочных желёз оценивают симметричность их увеличения, размеры, консистенцию, наличие очагов уплотнения или явных узлов; проверяют состояние сосков, наличие отделяемого, подвижность и смещаемость образования в молочной железе, наличие или отсутствие спаянности с соседними тканями, кожей, а также контролируют, нет ли увеличения подмышечных лимфатических узлов. Определяют и другие

симптомы феминизации: характер оволосения, перераспределение подкожно-жировой клетчатки по женскому типу, высокий тембр голоса и т. д. Осматривают гениталии, измеряют размеры полового члена и яичек.

Если диагноз не ясен после сбора анамнеза и осмотра, необходимо проверить уровень в крови гормонов: тестостерона, эстрадиола, ПРЛ, гонадотропинов, ТТГ, хорионического гонадотропина, а также исследовать печеночные ферменты, креатинин, сделать рентгенограмму грудной клетки. Если показатели хорионического гонадотропина или эстрадиола повышены, показано проведение УЗИ яичек. Больным в препубертатном возрасте следует провести МРТ или КТ надпочечников, маммографию.

Пубертатную персистирующую гинекомастию следует отнести к патологическим состояниям. После завершения пубертации сохраняется увеличение молочных желез, которое плохо поддается консервативному лечению и нередко требует хирургического вмешательства. Вряд ли можно согласиться с литературными данными о ее распространенности - 5-8 из 100 тыс. мальчиков. Ведь в настоящее время у 1/3 взрослых мужчин встречается гинекомастия, которая характеризуется пролиферацией стромы и протоков молочной железы. В связи с нарастанием отрицательного влияния экологических, патофармакологических и других факторов вероятность персистенции пубертатной гинекомастии в последнее время существенно возрастает. Недостаточное внимание к этому синдрому врачей и их уверенность в обратимости процесса приводят к несвоевременному лечению и развитию молочных желез до размеров, которые психологически тяжело переносятся пациентами. Нередко такие юноши замыкаются в своих переживаниях, становятся малообщительными. Известны случаи суицидальных попыток. Подростки, страдающие персистирующей гинекомастией, настойчиво добиваются удаления дефекта, однако операция не приводит к маскировке аномалии. Оставшиеся послеоперационные рубцы нередко в дальнейшем вызывают нездоровое любопытство сексуального партнера, чувство собственной неполноценности с последующей психогенной депрессией. Важно подчеркнуть, что 20-60% случаев рака молочной железы у мужчин развивается на фоне гинекомастии. У подростков с персистенцией гинекомастии всегда наблюдаются отклонения полового развития, можно выделить четыре клинко-патогенетических варианта: нормопубертатная, гипопубертатная, гиперпубертатная, фемининнопубертатная гинекомастия (Луценко, 1991).

Нормопубертатный вариант характеризуется нормальным морфотипом (размер плечевого пояса больше, чем тазового), индекс массы тела в норме, пубертатное увеличение тестикул проявляется раньше, чем полового члена, рост яичек происходит соответственно возрасту. Вспомним возрастную динамику развития яичек у практически здоровых лиц: до 15 лет происходит фаза умеренного начального роста тестикул; к 16 годам - фаза ускорения их роста, после 16 лет - фаза затухания. Развитие полового члена идет не синхронно с ускорением роста гонад, а последовательно, то есть вслед за ростом яичек. При нормопубертатном варианте гинекомастии эта последовательность сохраняется. Уровень в крови тестостерона и ЛГ без отклонений от нормы; повышено содержание в крови эстрадиола (Э2) и ФСГ. Повышенный уровень Э2 у таких больных обусловлен врожденной гиперактивностью на периферии фермента ароматазы, переводящей тестостерон в Э2. У таких мальчиков создается допубертатная гиперэстрогенизация на фоне нормальной выработки тестостерона.

Гипопубертатный вариант наблюдается у подростков с инфантильным или даже евнухоидным фенотипом, сниженной массой тела, задержкой развития тестикул и полового члена, которые нередко начинают увеличиваться только в позднем пубертатном периоде. У таких подростков снижен уровень в крови тестостерона, повышен уровень ЛГ; соотношение ФСГ/ЛГ и Т/Э2 снижено.

Гиперпролактинемический (гиперпубертатный) вариант можно заподозрить у низкорослых юношей с маскулиным типом сложения и избыточной массой тела. У таких юношей преждевременно (на 1-2 года раньше) формируются половой член и тестикулы. Секретция тестостерона сформировавшимися гонадами начинается раньше, чем в норме. Гормональное обследование позволяет обнаружить умеренную гиперпролактинемию, которая и является основным патогенетическим звеном персистенции гинекомастии.

Фемининный вариант гинекомастии в последние годы встречается особенно часто. При этом у юношей появляются гинеоидный тип телосложения, глотеофеморальный тип ожирения разной степени выраженности, уменьшение размеров яичек и полового члена. Фаза начального роста тестикул у них отсутствует полностью, фаза ускорения роста сглажена, и к концу полового развития нередко окружность яичка составляет около 50% от должной. При этом резко снижается реализация их гормонального действия: мал прирост полового члена. Помимо широкого таза можно выявить и

другие признаки феминизации: женский тип супинации предплечий, оволосения лба, затылка, топографии подкожно-жировой ткани. Обычно эти признаки ярко проявляются к 16 годам и, как правило, сохраняются в зрелом возрасте. В основе патогенеза такого варианта гинекомастии лежит поражение центрального звена регуляции системы репродукции, сопровождающееся снижением продукции гонадотропных и половых гормонов.

Таким образом, персистенция пубертатной гинекомастии может быть обусловлена либо гиперсекрецией эстрогенов, либо снижением уровня тестостерона, либо гиперпролактинемией, либо дефицитом гонадотропинов и вторично - андрогенов. Хотя гинекомастия является признаком феминизации организма, она может протекать с неоднородными изменениями развития мужской половой сферы. Эти изменения могут быть замедленными, ускоренными, нормальными.

Под нашим наблюдением находилось 85 пациентов, у которых на фоне адипозогенитальной дистрофии отмечались явления вторичного гипогонадизма и гинекомастии. Пациенты получали комплексное лечение в возрасте 14-15 лет направленное на устранение явлений гипогонадизма и гинекомастии. Обычно подросткам при выраженной пубертатной гинекомастии назначают лечение бромкриптином или его аналогами. Ясно, что агонисты дофамина дадут положительный эффект только при гиперпролактинемическом варианте пубертатной гинекомастии; терапевтическая коррекция гормональных нарушений, перечисленных выше, должна строиться дифференцированно. При нормопубертатном варианте надо снижать интенсивность процессов ароматизации андрогенов и уменьшить синтез Э2. Тиамин бромид ингибирует ароматазу. Показано лечение витамином В1 по 1 мл внутримышечно через день, курс – 20-30 инъекций. Его хорошо сочетать с внутримышечным введением аевита по 1 мл через день - всего 20 инъекций (аевит - стимулятор секреции андрогенов). Через 2 месяца лечение рекомендуется повторить - всего проводят 3 курса. Применяют антиэстрогенные препараты: кломифенцитрат по 50-100 мг в сутки (в зависимости от массы тела), курс - 10 дней; всего 3 курса с промежутками 1-3 месяца. Используют в качестве антиэстрогенатамоксифен (зитазониум), который обладает способностью конкурентно связываться с эстрогенными рецепторами в молочных железах, тем самым блокируя действие Э2; доза препарата 10-30 мг в сутки, сроки лечения 4-6 месяцев. Как считают многие авторы, другие препараты, применяемые с антиэстрогенной целью (даназол, дигидротестостерон, тестолактон), имеют больше, чем тамоксифен, побочных эффектов.

При гипопубертатном варианте необходимо усиливать продукцию тестостерона. Это достигается применением стероидных анаболических гормонов в сочетании с галидором по 0,1 на ночь в течение 45 дней. Галидор ингибирует серотонин, в том числе в гипоталамусе, и усиливает действие андрогенов. Курс лечения следует 3 раза повторять через 2 месяца. В последнее время для лечения гипопубертатной гинекомастии стали применять препараты цинка сульфата по 30-90 мг в сутки. Препарат не только стимулирует эндогенную секрецию андрогенов, но и активирует их трансформацию в 5-(-дигидротестостерон).

При гиперпубертатном варианте надо ингибировать образование ПРЛ. Открыто свойство витамина В6 повышать активность рецепторов дофамина, усиливать действие эндогенного дофамина, тем самым снижать уровень ПРЛ. Курс лечения витамином В6 проводят по 20 инъекций через день; через 2 месяца инъекции повторяют - всего 3 курса. Показан электрофорез трансорбитально с ГОМК - 12-15 процедур (ГОМК тоже снижает секрецию ПРЛ). В последующем при недостаточной эффективности лечения и высоких показателях уровня ПРЛ в крови необходимо назначать бромкриптин под контролем уровня в крови ПРЛ.

При фемининопубертатном варианте цель лечения - увеличить секрецию эндогенных гонадотропинов. Это достигается воздействием на гипоталамо-гипофизарный комплекс: аминокислотами (глутаминовая, пираретам, глицин и т.д.), улучшением церебрального кровообращения (актовегин, инстенон, кавинтон), назначением макроэргов, витаминов (АТФ, В6 по 20 инъекций на курс), физиотерапевтическим воздействием (электрофорез с йодистым калием трансорбитально, битемпоральная индуктотермия). Назначается субкалорийная диета (из-за периферического стероидогенеза, который в еще большей степени тормозит секрецию гонадотропинов, без снижения массы тела невозможно добиться значительного улучшения состояния и уменьшения размера молочных желез).

Опыт показывает, что наилучший эффект лечения наблюдается при нормопубертатном варианте, наихудший - при гипопубертатном. Кроме того, эффективность возрастает, если лечение начинают до 15-летнего возраста. Выраженная гинекомастия слабо поддается консервативному лечению, о чем приходится сразу предупреждать юношей и их родителей и психологически

подготавливать к необходимости оперативного вмешательства. Следует отметить, что часто после оперативного лечения остаются грубые, яркие келоидные рубцы. Они обезображивают кожу грудной клетки, что еще больше усугубляет депрессию у юношей. Поэтому для избежания этого нежелательного осложнения необходимо экстирпацию молочных желез проводить через разрезы, сделанные вплотную к ареолярному кружку или в подмышечной области. Рубцы в первом случае бывают тонкими, нежными, а во втором незаметными. У 15 пациентов в возрасте 20-24 года, у которых была неэффективная консервативная терапия, нами выполнена подкожноареолярная мастэктомия. Во всех случаях послеоперационные рубцы нежные и малозаметные.

Учитывая, что гинекомастия подростков и молодых людей – важная этическая и медицинская проблема, такие пациенты должны находиться под наблюдением у уролога и эндокринолога, длительно получать консервативную терапию, и по показаниям – оперативное вмешательство.

ТАКТИКА УРОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Дулепин А.В.¹, Приходько А.В.¹, Краснов В.Н.²,
Полион Н.Ю.², Украинец Е.П.², Квятковский Е.А.³, Коштура В.В.⁴*

1. КУ «Д 12 ТМО» ДОС», 2. КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДОС», 3. КУ «Д 9 ГКБ» ДОС»,
4. КУ «Д 6 ГКБ» ДОС»г. Днепрпетровск,

Любая патология интимных зон становится причиной как физического, так и психологического дискомфорта. Варикозное расширение вен полового члена – не исключение.

Существует целый ряд факторов, предрасполагающих к развитию данного заболевания. Среди специалистов сложилось мнение, что число случаев острого тромбоза вен полового члена на фоне варикозного расширения вен резко возросло в связи с приходом восточной моды на различные сексуальные техники. Причиной острого тромбоза вен половых органов являются:

- травмы, опухоли;
- оперативное вмешательство на органах малого таза;
- длительная компрессия за счет перерастяжения мочевого пузыря;
- нарушение свертывающей системы крови по типу тромбофилий;
- беспорядочные сексуальные связи, влекущие за собой инфекционные осложнения;
- использование сексуальных техник, предусматривающих задержку эякуляции;
- бесконтрольное применение специальных анестетиков, которые наносятся на головку пениса с целью продления эрекции.

В норме на пенисе поверхностно расположенные сосуды мало заметны, а иногда лишь слегка выступают, при этом диаметр их не превышает 2-3 мм.

При варикозном расширении вен пениса под кожей выявляются узелки различных размеров. Набухшие вены резко контурируются и становятся твердыми на ощупь, более напоминая по плотности сухожилие, чем кровеносный сосуд, что становится особо заметным в эрегированном состоянии. Появляется боль, дискомфорт, резкое покалывание во время полового акта, отечность пениса и крайней плоти. Диагноз устанавливается на основании осмотра, пальпации, результатов доплерографического исследования вен пениса.

Лечение острого тромбоза пениса включает в себя временное воздержание от сексуальных контактов, прием нестероидных противовоспалительных средств, местные втирание антикоагулянтов. С целью уменьшения болевого синдрома назначают инъекционные ненаркотические анальгетики. При осложнении в виде острого тромбоза вен пениса выполняются тромбэктомия, лигирование и иссечение варикозно расширенных вен. Тромб чаще всего локализуется вблизи венечной борозды и имеет небольшие размеры, тем не менее, достаточные для того, что бы в результате появившегося препятствия прекратился отток крови.

Под нашим наблюдением находилось 39 пациентов с варикозным расширением вен пениса, осложнившимся возникновением острого тромбоза вен пениса. Возраст пациентов был от 18 до 32 лет. Почти у всех из них имели место беспорядочные сексуальные связи.

В комплекс лечения мы включали:

- 1) прямые антикоагулянты (Фраксипарин, Клексан) 7-10 дней;
- 2) препараты, улучшающие микроциркуляцию и кровообращение;
- 3) в/в капельно Реополиглюкин, Латрен, Актовегин, Солкосерил – 10 дней;

- 4) Ксантинол по 2 мл. 10 дней;
- 5) Цефалоспорины III-IV поколений;
- 6) местно – Лиотон-гель+Фаступ-гель;
- 7) нестероидные противовоспалительные препараты;
- 8) по показаниям – тромбэктомия, лигирование и иссечение варикозно расширенных вен.

У всех пациентов получили хороший результат.

Острый тромбофлебит и тромбоз варикозно расширенных вен пениса – серьезное заболевание, требующее комплексной медикаментозной терапии и своевременного оперативного вмешательства.

ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОННО-ВАКУУМНО-МАГНІТНОГО КОМПЛЕКСУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ

Сердюк А.І., Макаров Д.В., Василенко О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти

ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»

ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», Харківська область, Україна

Терміном простатит позначають запальний процес в передміхуровій залозі (ПЗ), викликаний різноманітними причинами і, не дивлячись на значний розвиток сучасних медикаментозних технологій, лікування хворих на хронічний простатит (ХП) потребує нових методів, адже у пацієнтів існує ризик розвитку еректильної дисфункції, порушень репродуктивної функції.

Рекомендації з лікування хворих небактеріальним простатитом спрямовані, як правило, на зникнення або зменшення симптоматики. Одним з основних способів лікування ХП є фізіотерапія.

Метою дослідження даної роботи є простежування ефективності застосування фотонно-вакуумно-магнітної терапії апаратним комплексом «Барва-Андро» у складі комплексної терапії хворих на хронічний абактеріальний простатит в умовах Клінічного санаторію «Курорт Березівські мінеральні води».

Дане дослідження проводилося на основі аналізу лікування 46 хворих на хронічний абактеріальний простатит, віком від 22 до 89 років (середній вік – 57,7 років). Контрольну групу хворих склали 30 чоловіків без урологічної патології.

У ході обстеження хворих, з'ясувалося, що вони пред'являють скарги на прискорене і болісне сечовипускання (76,1%), відчуття неповного випорожнення сечового міхура (84,8%), дискомфорту в області промежини, над лоном і по ходу уретри (95,7 %), зниження ригідності статевого члена (82,7%), передчасну еякуляцію (63,0%), зниження лібідо (50,0%). Ректально виявлялася хворобливість і збільшення часток ПЗ. На ультрасонографії – ехо-ознаки ХП, залишкової сечі (в середньому – 12мл). В аналізі простатичного секрету у 63,0% обстежуваних підвищена кількість лейкоцитів. Патогенної флори виявлено не було.

Крім основного повноцінного санаторно-курортного лікування, досліджувані отримували додаткове – на фотонно-вакуумно-магнітному апаратному комплексі «Барва-Андро» за розробленою методикою.

Отримані результати свідчать про досить високий рівень ефективності лікування хворих з абактеріальним ХП в умовах даного курорту із застосуванням «Барва-Андро». Хворі відзначили значне поліпшення самопочуття: перестали турбувати вищезгадані скарги, з'явився статевий потяг, ранкова ерекція, могли повноцінно здійснити статевий акт.

Висновки. Фізіотерапія є одним з основних способів лікування хворих на хронічний простатит. Використання поєднаного впливу трьох факторів апарату «Барва-Андро» (локальний негативний тиск, светотерапія (складається із червоного та синього спектрів, а також інфрачервоного) і постійне магнітне поле) в комплексі санаторно-курортного лікування дозволяє результативно і продуктивно лікувати хронічний абактеріальний простатит, покращуючи якість життя хворих, надавати виражений протибольовий, протинабряковий, імуномодельючий, судинорегулюючий ефекти, крім того знижувати підвищений м'язовий тонус і покращувати адаптаційні процеси в організмі.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХСТОРОННЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Серняк Ю.П., Криштопа М.В., Фуксзон А.С., Литвинов А.И., Фролов А.С.

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г. Киев
Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Красный Лиман

Целью нашего исследования явилось изучение результатов двухсторонней лапароскопической варикоцелэктомии у пациентов с бесплодием. За период 2010-2015г на базе урологического отделения ЦГКБ№1 г Донецка выполнено 362 лапароскопические двухсторонние варикоцелэктомии по поводу бесплодия. Возраст больных колебался от 21 до 42 лет. Средний возраст 28,4 года. Все больные наблюдались и обследовались у андролога по поводу бесплодия, выполнялось дуплексное цифровое исследование сосудов яичек, почек, с определением диаметра варикозно расширенных вен в ортостазе, клиностазе, с пробой Вальсальвы, продолжительность венозного рефлюкса, оценка спермограмм. Показаниями к оперативному лечению пациентов явилось наличие двухстороннего варикоцеле любой стадии, подтвержденные сонографически в сочетании с бесплодием, наличием отклонений в спермограмме (олигоспермия). По данным контрольных послеоперационных спермограмм у 292 (80,7%) пациента отмечено улучшение общее количества спермотазоидов - возросло с 16 -25млн в 1 мл. до 44 - 55млн. в 1 мл после операции, подвижных спермотазоидов с 23 до 58млн в 1 мл. Улучшились качественные показатели, вязкость спермы пришла в норму, отмечен уход слизистых включений, укорочение времени разжижения. У 58 (15,5%) спермограмма осталась без существенных изменений. В 64 случаях (17,7%) на протяжении 1 года и 138 случаев (38,1%) на протяжении 3х лет наступила спонтанная беременность.

Таки образом лапароскопическая двухсторонняя варикоцелэктомия приводит к качественному и количественному улучшению спермограмм у 80,7 % пациентов и наступлению спонтанной беременности у 17,7% пациентов в течение первого года, 38,1% на протяжении трех лет наблюдения.

2. Лапароскопическая варикоцелэктомия является эффективным, малоинвазивным методом лечения варикоцеле.

3. Лапароскопическая варикоцелэктомия является операцией выбора в комбинированном лечении бесплодия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСКУССТВЕННОЙ АКТИВАЦИИ ООЦИТОВ В ЦИКЛАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ПРИ МУЖСКОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ

Сомова Е. В., Феськов А. М., Иванова А.В., Феськов В. А., Тищенко А. А.

Центр репродукции человека «Клиника профессора Феськова А.М.»
ГУ „Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я.Данилевского»,г. Харьков, Украина

Среди супружеских пар, проходящих лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), мужской фактор бесплодия диагностируется более, чем в 50 % случаев. Благодаря применению одного из методов ВРТ - интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку (ICSI) - удается решить проблему не только в случае выраженной олиго-, астено- и тератозооспермии, но и при некоторых формах азооспермии. В то же время в ряде случаев при проведении ICSI наблюдается либо снижение частоты оплодотворения ооцитов, либо полное отсутствие оплодотворения при достаточном количестве зрелых ооцитов у пациенток молодого возраста. **Цель исследования:** Изучить влияние искусственной активации ооцитов ионофором кальция (Ca^{2+} -ионофор) на частоту их оплодотворения и частоту наступления беременности при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) у пар с нарушением оплодотворения в предыдущих циклах ЭКО-ICSI.

Материалы и методы исследования: В исследование включено 36 пар с мужским фактором бесплодия (олигоастенотератозооспермия и астено-тератозооспермия), проходивших лечение методами ВРТ в Центре репродукции человека «Клиника профессора Феськова А.М.», у которых частота оплодотворения ооцитов после ICSI в предыдущих циклах ЭКО-ICSI была менее 50 %. Возраст мужчин составил ($32,2 \pm 8,4$) лет, женщин – ($29,8 \pm 4,7$) лет. У каждой пациентки половину полученных ооцитов после ICSI помещали на 15 мин в раствор Ca^{2+} -ионофора, а затем - в среду культивирования (1-я группа), в то время как вторую половину ооцитов не активировали, а

культивировали после ICSI стандартным образом (2-я группа). Оценивали частоту оплодотворения ооцитов в каждой из групп и частоту наступления беременности.

Результаты исследования: Частота оплодотворения ооцитов, активированных Ca^{2+} -ионофором, составила $(80,3 \pm 8,1) \%$, а неактивированных – $(42,7 \pm 6,9) \%$ ($P < 0,05$). Процент эмбрионов высокого качества также был достоверно выше в 1-й группе по сравнению со 2-й – $(64,9 \pm 5,4)$ против $(37,3 \pm 4,8) \%$ ($P < 0,05$). Частота наступления беременности после переноса эмбрионов, полученных из активированных ооцитов, составила $30,5 \%$, в то время как в предыдущих циклах ЭКО-ICSI беременности у данных пациентов получить не удалось.

Выводы: Искусственная активация ооцитов ионофором кальция после проведения интрацитоплазматической инъекции в них сперматозоидов позволяет существенно повысить частоту оплодотворения ооцитов и частоту наступления беременности в циклах экстракорпорального оплодотворения у мужчин с астенотерато- и олигоастенотератозооспермией.

ЗМІНИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЧОЛОВІКІВ ПІД ВПЛИВОМ КСЕНОЕСТРОГЕНІВ

Федорук О. С., Владиченко К. А., Візнюк В. В., Степанченко М. С.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У сучасній медицині досить багато зусиль спрямовано переважно на проблеми, що стосуються «матері і дитини». Проблеми чоловіків часто нівелюються та залишаються на другому плані. Однак сьогодні чоловіче безпліддя становить глобальну проблему не тільки в Україні, а й в усьому світі. Зменшення концентрації та якості сперматозоїдів, онкологічні захворювання статевих системи, різноманітні аномалії та дефекти в процесі розвитку – це лише мізерна частина всіх проблем, що стали наслідком впливу сучасної цивілізації.

Найбільший вплив на організм чоловіка, особливо на його репродуктивну систему, чинять ксеноестрогени, або як їх ще називають – «гормональні деструктори». Це речовини хімічного походження, які за своєю будовою схожі на жіночі статеві гормони. Дані сполуки впливають на синтез, секрецію, транспорт, метаболізм, зв'язування або виведення натуральних гормонів, які наявні в тілі людини і відповідають за гомеостаз та репродуктивні процеси [1]. У дослідженнях встановлено, що механізм їх дії набагато ширший, ніж спочатку передбачалося [2–4]. Зокрема, ксеноестрогени крім взаємодії з естрогеновими рецепторами можуть зв'язувати неядерні рецептори стероїдних гормонів (наприклад, мембранні естрогенові рецептори), нестероїдні рецептори (наприклад, рецептори серотоніну, дофаміну та норадреналіну) і впливати на ферментативні шляхи, що беруть участь у біосинтезі стероїдних гормонів [5].

З ксеноестрогенами людині доводиться контактувати постійно – це пластиковий посуд та пляшки, поліетиленові пакети та упаковки, пластмасові дитячі іграшки та засоби догляду за дітьми, синтетичні будівельні матеріали, пестициди, пальне, фарби, розчинники, засоби гігієни та догляду, засоби для прибирання, одяг, медичні системи та шприці, деякі лікарські препарати і навіть їжа. Ксеноестрогени містяться в м'ясних та молочних продуктах, овочах та фруктах, які були оброблені фунгіцидами та пестицидами. Небезпека ксеноестрогенів полягає у поступовому накопиченні їх в організмі, що згодом стає причиною ураження чоловічих статевих клітин, виникненні мутацій, пороків та дисплазій, у дитячому віці порушення формування та розвитку статевих органів та мозку, призводить до розвитку репродуктивної патології, безпліддя.

Максимальний рівень тестостерону у чоловіків припадає на 30-річний вік. Далі, залежно від індивідуальних та конституційних особливостей, його показники поступово знижуються. У результаті постійного контакту з різноманітними ксеноестрогенами зниження тестостерону різко прискорюється. Це призводить до «фемінізації» ендокринної системи: зміни рівня гонадотропіну (безпосереднім наслідком якого є зміни сперматогенезу), порушення утворення тестостерону та розвитку андрогенного дефіциту, різкого зростання синтезу жіночих статевих гормонів – пролактину та естрадіолу, виникнення порушень сперматогенезу, розвитку ожиріння, гінекомастії, порушення розвитку статевих системи (крипторхізм, зменшення розмірів сім'яників), виникнення супутніх ендокринологічних та органічних порушень. Можливе також виникнення значної затримки статевого розвитку та безпліддя.

Основні види ксеноестрогенів:

1. Фталаты – використовуються у виробництві пластмас, надають їм гнучкості та блиску. Містяться в будматеріалах, меблях, побутових приладах, одязі, косметичі, іграшках, засобах догляду за взуттям та одягом.
2. Парабен – консервант, широко використовується в косметології. Основний шлях проникнення в організм –черезшкірний.
3. Діоксини – побічні продукти виготовлення пестицидів та гербіцидів, речовин нафтопереробки. Містяться в синтетично модифікованих оліях. Не руйнуються, потрапляючи в воду та продукти харчування.
4. Продукти виготовлення гуми, радіонукліди.
5. Гербіциди, пестициди, інсектициди.
6. Бісфенол А – використовується для виготовлення будматеріалів із полікарбоната, вкриває зсередини деякі герметичні упаковки.

Одним із найнебезпечніших ксеноестрогенів вважається діоксин. Небезпечним для життя він виявляється навіть у мінімальній кількості. Його пов'язують з такими захворюваннями, як рак передміхурової залози та яєчок, репродуктивна дисфункція, атрофія яєчок, вроджені аномалії розвитку статеві системи, нейротоксичність. Особливо небезпечний для осіб чоловічої статі. Накопичена протягом життя доза діоксину в організмі чоловіка в 34 рази вища, ніж у жінок, а період його напіввиведення у них складає 24 роки (у жінок – 12 років). Одним із пояснень цього факту є те, що особливо легко вражається саме Y-хромосома[4].

Таким чином, якщо чоловік піклується про своє репродуктивне здоров'я, він повинен змінити спосіб життя, зменшити використання синтетичних засобів – пластику та хімікатів. Слід споживати в їжу якісні та очищені продукти, при виготовленні або вирощуванні яких не застосовуються хімічні речовини та намагатися вести здоровий спосіб життя. Однак, очевидно, що в умовах сучасності виконання всіх цих настанов майже неможливе.

Література

1. Shanle E. K. Endocrinedisruptingchemicalstargetingestrogenreceptorsignaling: identificationandmechanismsofaction / E. K. Shanle, W. Xu //Chem.Res.Toxicol. – 2011. – V.24, №1. – P. 6–19.
2. Diamanti-Kandarakis E. Endocrine-Disrupting Chemicals: An Endocrine Society Scientific Statement/ E. Diamanti-Kandarakis //EndocrineRev.– 2009. – V.30, №4. – P. 293–342.
3. Swan S. H. Thequestionofdecliningspermdensityrevisited: ananalysisof 101 studiespublished 1934—1996 / S. H. Swan, E. P. Elkin, L. Fenster //EnvironHealthPerspect.– 2000. – V.10, №8. – P. 961–966.
4. Joensen U. N. Testicular dysgenesis syndrome and Leydig cell function / U. N. Joensen, N. Jorgensen, E. Rajpert-De Meyts //BasicClin.Pharmacol.Toxicol.– 2008. – V.102, №2. – P.155–161.
5. Wayne A. Neuroendocrinedisruption: morethan hormonesare upset / A. Wayne, V. L. Trudeau // J.Toxicol.EnvironHealth. – 2011. – V. 14, № 5. – P.270–291.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ IMSI И PICSИ ПЕРЕД ICSI ПРИ ПАТОСПЕРМИЯХ В ПРОГРАММАХ ВРТ.

Феськов А.М., Зозулина А.Н., Блажко Е.В., Чумакова Н.А., Феськов В.А.

Центр репродукции человека «Клиника профессора Феськова А.М.», г. Харьков

Мужской фактор в структуре бесплодия, на сегодняшний день, составляет более 50%. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) являются единственным эффективным методом лечения супружеской пары при мужском факторе бесплодия. Для повышения показателей имплантации при ВРТ проводится исследование морфологии и физиологической зрелости сперматозоидов. НВА-тест (Hyaluronan Binding Assay) отражает содержание зрелых сперматозоидов в эякуляте и основан на способности функционально зрелых сперматозоидов связываться с гиалуроновой кислотой, которая в естественных условиях присутствует в окружении ооцитов и является «физиологическим селектором» сперматозоидов. Только зрелые сперматозоиды, имеющие специальные рецепторы к гиалуроновой кислоте, способны проникать в ооцит и оплодотворять его. Учитывая это, производится последующий выбор зрелого сперматозоида для инъекции в цитоплазму яйцеклетки - Physiological Intracytoplasmic Sperm Injection (PICSИ). При наличии тератоспермии, как составная часть стандартного отбора сперматозоидов для оплодотворения применяется процедура Intracytoplasmic Morfologically Selected Sperm Injection (IMSI) - выбор сперматозоида при увеличении в 7000 раз перед проведением его инъекции в цитоплазму яйцеклетки. В настоящее время дискуссионным остается вопрос в частоте имплантации и наступлении беременности между классическим ICSI, PICSИ и IMSI.

Цель исследования: Сравнить частоту имплантации в программах ВРТ с мужским фактором бесплодия при проведении интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку с предварительной селекцией методами PICSИ, IMSI и без таковых.

Материалы и методы исследования: Проведен сравнительный анализ частоты наступления клинической беременности в программах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с использованием метода классического ICSI и программах ЭКО, в которых проводился отбор сперматозоидов с предварительным проведением IMSI и PICSИ. На основании результатов НБА-теста, при снижении показателей зрелых сперматозоидов в эякуляте, использовался метод PICSИ. При выраженной тератоспермии проводилось IMSI. Для данного исследования отобраны 161 супружеская пара с мужским фактором бесплодия, проходившая лечение методами ВРТ в 2013-2014 г.г. в Центре репродукции человека «Клиника профессора Феськова А.М.». Пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу входили 90 супружеских пар с мужским фактором бесплодия, у которых оплодотворение проводилось методами стандартного ЭКО и ICSI, во 2-ю группу - 72 пары с мужским фактором бесплодия, у которых оплодотворение проводилось методами ЭКО и ICSI с предварительными IMSI и PICSИ. 3-ю группу (контроль) составили 30 супружеских пар с трубным фактором бесплодия и нормозооспермией у супруга, оплодотворение осуществлялось с помощью стандартного ЭКО. Возраст женщин, которым проводилась контролируемая стимуляция овуляции по короткому протоколу с использованием антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, составил ($31,5 \pm 2,7$) лет. Перенос эмбрионов совершали на стадии бластоцисты. Для поддержки лютеиновой фазы применяли препараты прогестерона.

Результаты исследования: В 1 группе клиническая беременность была констатирована в 18 случаях (20 %), во 2 группе - в 26 случаях (36 %), в 3 группе - в 13 случаях (43 %). Процент наступления беременности во 2 группе, где проводилось оплодотворение с использованием IMSI и PICSИ, был значительно выше, чем в 1 группе ($p < 0,05$), однако, достоверно ниже, чем в 3 группе ($p < 0,05$).

Выводы: Целесообразно проводить селекцию сперматозоидов методами IMSI и PICSИ перед ICSI при наличии патоспермии у мужчин. Использование данных методов достоверно увеличивает частоту наступления беременности в программах ВРТ с мужским фактором бесплодия.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФРАГМЕНТАЦИИ ДНК В ЯДРАХ СПЕРМАТОЗОИДОВ НА КАЧЕСТВО БЛАСТОЦИСТ ДЛЯ МУЖЧИН СО СНИЖЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Феськов А.М., Жилкова Е.С., Иванова А.В., Егунькова Е.В., Зозулина А.Н.

Клиника профессора Феськова А.М. «Центр Репродукции Человека»

Введение. Классический анализ спермы не всегда позволяет выявить отцовский эффект, обуславливающий нарушения эмбрионального развития. Причинами нарушений сперматогенеза могут быть такие генетические факторы, как генные мутации, микроделеции, анеуплоидии, повреждения ДНК и нарушения компактизации хроматина. Фрагментация ДНК сперматозоидов - относительно недавно открытая предположительная причина мужского бесплодия, которая интенсивно исследуется в последнее десятилетие. В то же время данные о возможном влиянии фрагментации ДНК сперматозоидов на ранние этапы эмбрионального развития и процесс формирования бластоцист противоречивы. **Целью** данной работы было исследовать связь между уровнем фрагментации ДНК в сперме и частотой формирования бластоцист (ЧФБ) высокого качества в рамках проведения программ ЭКО у мужчин со сниженной репродуктивной функцией.

Материалы и методы. Объектом изучения стали 30 супружеских пар, проходивших лечение бесплодия методами ВРТ, для которых причиной ненаступления беременности был мужской фактор. Средний возраст пациенток в данной группе составил $32,5 \pm 4,3$ лет; средний возраст партнеров составил $35,4 \pm 4,8$ лет соответственно. Для анализа фрагментации ДНК сперматозоидов использован метод SCD (sperm chromatin dispersion) (HaloSperm, Halotech, Испания). Анализ проведен с помощью флуоресцентного микроскопа Nikon Eclipse 80i. При оценке морфологии полученных бластоцист учитывались качество сформированной внутриклеточной массы (ВКМ) и трофэктодермального слоя, используя классификацию бластоцист по Гарднеру. Данные проверены на нормальность распределения. Исследование связей между признаками проводилось непараметрическим методом корреляционного анализа по Спирмену. Расчёты выполнены в программе Statistica-6.

Результаты. В ходе исследования не установлено статистически значимой корреляции между общей частотой формирования бластоцист и уровнем фрагментации ДНК спермы, однако выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между уровнем фрагментации ДНК спермы и

частотой формирования бластоцист высокого качества ($p < 0,01$) (табл. 1). Связь между ЧФБ и возрастом партнера не выявлена ($R_s = 0,115$, $R_{\text{критич.}} = 0,36$, $p > 0,05$).

Таблица 1. Зависимость ЧФБ от уровня фрагментации ДНК спермы

	ЧФБ, %	N	Фрагментация ДНК, %	R_s	$R_{\text{критич.}}$	p
ЧФБ общее	45,96±13,35	30	18,96±5,99	-0,017	0.36	$p > 0,05$
ЧФБ, бластоцисты высокого качества	31,12±10,17	30	18,96±5,99	-0,594	0.47	$p < 0.01$

Выводы. Высокое значение уровня фрагментации ДНК спермы коррелирует с уменьшением количества бластоцист высокого качества в рамках проведения программы ЭКО. Влияние возраста мужчины на частоту формирования бластоцист не доказано. Полученные результаты показывают необходимость исследования уровня фрагментации ДНК сперматозоидов у мужчин со сниженной репродуктивной функцией перед проведением лечения бесплодия методами ВРТ.

РІЗНІ ВИДИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО РЕФЛЮКСУ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Шамраєв С.М., Канана А.Я., Бабюк І.О., Безсонова А.Д., Шамраєва Д.М.

ДУ «Інститут урології НАМН України»,

ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії ім.В.К.Гусака НАМН України»,

Київський медичний університет ім.О.О.Богомольца, м.Київ;

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м.Красний Лиман

Проблема варикоцеле у наш час є надзвичайно актуальною, тому що, незважаючи на численну кількість наукових праць та накопичений клінічний досвід, вибір індивідуалізованого методу лікування, прогноз безпосередніх та віддалених його результатів, а також вибір методики оперативного втручання представлені певними протиріччями в поглядах на визначення критеріїв та інформативних ознак прогнозування, діагностичної точності цих методів, клінічний перебіг захворювання та удосконалення технологій його лікування. За статистичними даними, поширеність захворювання, в різному віці, дорівнює від 12,3 до 30,7% серед чоловіків репродуктивного віку. Актуальність обумовлена не лише поширеністю цієї урологічної патології, а і високою частотою порушень сперматогенезу і безпліддя, що її ускладнюють. Чисельними дослідженнями встановлено, що порушення фертильності у хворих на варикоцеле спостерігається в 20-80% випадків, а у кожного п'ятого - захворювання призводить до безпліддя. У той же час, у 30-40% хворих, які страждають на безпліддя, діагностується варикоцеле. Багато авторів вказують на поліпшення показників еякуляту і збільшення частоти вагітностей після варикоцелектомії. Разом з тим, звертає увагу той факт, що нормалізація спермограми після різних видів оперативного лікування спостерігається лише у 50% хворих.

Мета дослідження: Покращити результати хірургічного лікування хворих на варикоцеле шляхом зменшення ускладнень за рахунок раціонального вибору корекції в залежності від типу патологічного венозного рефлюксу та удосконалення лапароскопічної варикоцелектомії.

Матеріали та методи дослідження. Основу роботи склали результати комплексних обстежень 265 хворих на варикоцеле, які прооперовані у 2005 – 2014 роках, у віці 15 - 42 роки (в середньому 18±1,2 років). Переважали хворі 18 – 35 років (79,2%). Були сформовані три групи в залежності від виду хірургічної корекції. Перша (основна) представлена 78 (29,4%) пацієнтами, яким була виконана операція і запропонована модифікація лапароскопічної варикоцелектомії із застосуванням прямого інтраопераційного визначення гемодинамічного типу варикоцеле. Дві інші були групами порівняння. До їх складу увійшли 111 (41,9%) хворих, яким була виконана мікрохірургічна інгвінальна або субінгвінальна варикоцелектомії та 76 (28,7%) – відкрита операція за Іванісевичем.

Суть запропонованої модифікації лапароскопічної варикоцелектомії із визначенням прямого, інтраопераційного, гемодинамічного типу варикоцеле полягала в наступному. Після стандартного лапароскопічного доступу біля внутрішнього пахового кільця мобілізували стовбури внутрішньої яєчкової і нижньої епігастральної вен проксимальніше місця впадіння у неї зовнішньої яєчкової вени, відділяли від супроводжуючих їх артерій і лімфатичних судин. Для уточнення типу

варикоцеле мануально випорожняли варикозно розширені вени в області мошонки, після чого по чергово перетискали стовбури внутрішньої яєчкової і нижньої епігастральної вен біля відходження зовнішньої яєчкової вени. Повторне наповнення варикозно розширених вен в області мошонки при перетисненні стовбурів внутрішньої яєчкової вени свідчило про наявність ілео-тестикулярного рефлюкса, мотивувало необхідність перев'язки і пересічення або кліпівування нижньої епігастральної вени проксимальніше місця впадіння в неї зовнішньої яєчкової вени. Повторне наповнення варикозно розширених вен в області мошонки при перетисненні стовбурів як внутрішньої яєчкової, так й нижньої епігастральної вен, проксимальніше місця впадіння в неї зовнішньої яєчкової вени свідчило про існуючий змішаний рефлюкс, що потребувало перев'язки і пересічення або кліпівування, водночас, стовбурів внутрішньої яєчкової та нижньої епігастральної вен. При двосторонньому варикоцеле аналогічна операція виконувалась справа.

Результати досліджень, їх аналіз та обговорення. Двостороннє варикоцеле було у 14 (5,3%) пацієнтів, у 2 –х справа (0,7%), тобто у переважної більшості 249 із 265, (94%) патологія була однією зліва. У 13 хворих (4,9%) які в різні строки перенесли відкриту операцію за Іванісевичем, результат не завершився позитивним наслідком. Через 2 міс – 4 роки у них відновилось розширення вен сім'яного канатика, що трактувалося, згідно прийнятих в літературі термінології, як рецидив варикоцеле. У одного із них процес розвився з обох сторін. В даному випадку і ще у двох виконана повторна операція – лапароскопічна варикоцелектомія у авторській модифікації; у решти (10 хворих) – мікрохірургічна варикоцелектомія. Після операції за Іванісевичем у післяопераційному періоді у 1 (1,3%) пацієнта через 3 місяці виявлено гідроцеле зліва, у зв'язку із чим була виконана операція Вінкельмана. Рецидив захворювання, підтверджений при ультрасонографії, мав місце у 7 (9,2%) хворих: у 2 з них при контрольному огляді через 3 місяці, у 2 – через 6 місяців, у 3 – через 12 місяців після оперативного втручання.

Після мікрохірургічних втручань у 1 (0,9%) пацієнта розвився післяопераційний тромбоз поверхневої вени статевого члена, який було куповано протягом місяця консервативно шляхом застосування гепаринової мазі і детралекса. Рецидив захворювання, підтверджений при ультрасонографії, виявлений у 3 (2,7%) хворих: у 2 - через 3 місяці, ще у 1 пацієнта – через 6 місяців після оперативного втручання.

Однак, найкращі дані отримані у хворих першої групи, яким виконувалась варикоцелектомія за запропонованою методикою. Операція тривала у середньому $18,4 \pm 5,0$ хвилини, що залежало від різних факторів – односторонності чи двобічності патологічного процесу, кліпівування або лігівування венозних стовбурів і їхньої кількості, рецидивного варикоцеле, наявності спайок у черевній порожнині та ін. Інтраопераційно у 58 (74,7%) хворих визначений рено-тестикулярний рефлюкс і кліпівувані стовбури внутрішньої сім'яної вени, у 6 (7,2%) - ілео-тестикулярний рефлюкс і кліпівувана зовнішня сім'яна вена, у 15 (18,1%) - змішаний тип рефлюкса і кліпівувані обидва венозних колектори. Ретроспективно можна припустити, що, якби усім пацієнтам цієї групи була виконана стандартна операція за Іванісевичем, тобто був би пересічений лише внутрішній колектор, можна було очікувати до 25,3% рецидивів (у хворих з ілео-тестикулярним і змішаним типом рефлюкса). Пацієнтів виписували на 1-5 добу після операції (в середньому: $1,2 \pm 0,3$ доби). У жодного випадку в післяопераційному періоді ускладнень не було. Рецидив захворювання, підтверджений при ультрасонографії, виявлений у 1 хворого (1,3%) через 6 місяців. У нього, під час оперативного втручання, за запропонованою методикою був діагностований рено-тестикулярний рефлюкс зліва і, відповідно, пересічені два стовбури внутрішньої сім'яної вени. Хворий був прооперований повторно, виконана мікрохірургічна інгвінальна варикоцелектомія, тобто причина рецидиву залишилась не з'ясованою. Можна припустити, що під час першого хірургічного втручання не був верифікований і залишений інтактним дрібний венозний стовбур або коллатераль внутрішньої сім'яної вени. При контрольному огляді через 3 місяці після оперативного втручання пацієнти скарг не пред'являли, при об'єктивному дослідженні відзначалось підсилення тургору мошонки, поліпшення кремастерного рефлексу, редукування варикозних вузлів.

Висновки. Запропонована лапароскопічна варикоцелектомія, що виконується біля внутрішнього кільця пахового каналу і передбачає пряме інтраопераційне визначення гемодинамічного типу варикоцеле, дозволяє під час операції уточнити тип рефлюкса та здійснити патогенетично обґрунтований вибір корекції із забезпеченням клінічної ефективності у $98,7 \pm 1,0\%$ випадках.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ИЗГОНЯЮЩАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ МКБ. ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТОВ

Антонян И.М., Зеленский А.И., Роцин Ю.В., Торак Т.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Мочекаменная болезнь (МКБ) относится к числу наиболее распространенных в урологической практике: в развитых странах мира из 10 млн. населения уролитиазом страдают 400 тысяч человек, а по данным МОЗ Украины, на долю мочекаменной болезни в структуре урологической заболеваемости приходится от 27,4 до 32,7 %. Общемировая статистика уролитиаза свидетельствует о 12% страдающих, прежде всего, наиболее социально активного населения трудоспособного возраста (20-50 лет).

На протяжении многих лет вопросы этиологии и патогенеза, а также профилактики МКБ остаются актуально проблемой. Считается, что самостоятельным альтернативным методом лечения и профилактики неосложненной МКБ с конкрементами < 10 мм могут быть препараты, изготовленные из растительного сырья.

В 2014 г. на фармакологический рынок Украины вышел новый препарат Тутукон производимый «Miguel Garriga S.A.» в Испании, представляемый компанией Grand Medical. Спектр применения препарата включает: «уролитиаз (ураты, оксалаты, фосфаты, карбонаты), циститы, уретриты, спазмы мочевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника, профилактика уролитиаза» (инструкция к применению Тутукон^(R)).

Целью нашей работы стала оценка клинической эффективности препарата Тутукон у больных МКБ (камни почек и мочеточников), его литолитических и литокINETических свойств.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры общей, детской и онкологической урологии в КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала» в 2014 г. и включало 2 группы больных: 1 группа - 31 больной с локализацией камня в мочеточнике (15 мужчин и 16 женщин, возраст от 18 до 65 лет). Размеры конкремента от > 4 до <10 мм. Все больные были госпитализированы в ургентном порядке. У 14 пациентов уролитиаз был рецидивным. Длительность нахождения камня в мочеточнике до момента включения в исследование колебалась от 1 суток до 3 недель.

При поступлении в клинику жалобы пациентов были представлены характерной для почечной колики болью в поясничной – у 26 (83,9%), брюшной - 19 (61,3%) и паховой области у 12 (38,7%) пациентов, тошнотой, рвотой. Диагноз МКБ устанавливали и подтверждали на основании визуальных и лабораторных данных. С помощью обзорной урографии и УЗ- исследования были определены размеры мочевых камней в большинстве случаев – у 22 больных (71%), у 9 (29%) пациентов с Рё-негативными камнями мочеточника, размеры и локализация установлены при МСКТ. 2 группа - 18 пациентов (7 мужчин и 11 женщин, возраст от 21 до 64 лет), которые наблюдались у уролога от 3 недель до 2 лет по поводу одиночных - 14 (77,8%) и множественных (от 2 до 5) уrolитов - 4 (22,2%) с локализацией в полостной системе почки (лоханка – 6 пациентов, чашечки – 12 пациентов). Общее количество камней - 26 шт., все были Рё-контрастными. У 7 пациентов ранее (от 1 до 6 мес.) выполнялась ДУВЛ по поводу камней лоханки, и у них имела место т.н. резидуальная МКБ. Размеры уrolитов колебались от >4 до <10 мм. В этой группе оценивали срок от начала лечения до отхождения конкремента. У всех пациентов этой группы имелся опыт применения литокINETической – 18 (100%) и литолитической - 14 (77,8%) терапии. До момента включения в исследование строго соблюдали рекомендации по поводу соответствующего пищевого и питьевого режима 10 (55,6%) больных.

Контрольные обследования проводили в день поступления (до начала приема препарата), на 3-е, 5-е, 7-е, 10-е, 14-е и 30-сутки. Препарат Тутукон назначали в дозе 45 мл 3 раза в день в течение 1 месяца. Отхождение уrolита не прерывало терапию.

Эффективность препарата Тутукон оценивалась в представленных группах на основании следующих клинических и лабораторных критериев:

1. Длительность и динамика выраженности болевого синдрома в т.ч. и во время отхождения камня (только в 1-й группе)
2. Клинико-биохимические показатели крови и мочи
3. Диурез, pH мочи
4. Время до отхождения конкремента (от начала лечения)

5. Изменение размеров конкрементов в ходе лечения и их состояние после отхождения из мочевых путей

Результаты. У 90,3% пациентов первой группы эффект «полного благополучия» - отсутствие болевого синдрома и дизурии наступил на 3-5 сутки терапии. Нормализация мочевого осадка в течение первых 10 суток проявилась снижением на 90% уровня бактериурии, и на 87,5% - лейкоцитурии у пациентов первой группы. Во второй группе показатель бактериурии снизился на 89%, лейкоцитурии – на 78%.

Основной эффект от приема препарата оценивали по динамике выраженности кристаллурии. К 14-м суткам в первой группе произошло повышение этого показателя на 16%, тогда как во второй группе достигло 50%, что свидетельствует о существенных изменениях литолитических свойств с началом применения препарата. Следует особо отметить, что феномен кристаллурии отмечен на фоне увеличения суточного диуреза на 93% в первой группе (с 768 ± 153 до 1482 ± 202 мл/сут). Изгоняющая лекарственная терапия МКБ предполагает уменьшение размеров конкремента, его дезинтеграцию, отхождение «по частям» без значительных нарушений уродинамики как внутривисцеральной, так и в субренальных отделах мочевых путей.

В первой группе при размерах камня до 5 мм к 14-м суткам были элиминированы 73,3%, к 30-м – 100% конкрементов; при 6-7 мм – 72,7% и 91% соответственно, при 8-9 мм – эффект составил лишь 20%. Во второй группе всего отошли 57,7% камней. При размерах конкремента 4-5 мм к 14-м суткам были элиминированы 43% и к 30-м – 71,4% камней, при 6-7 мм – 38,3% и 66,6% соответственно, при размерах 8-9 мм лишь 28,6%.

Достаточно большая часть конкрементов в ходе лечения были дезинтегрированы, о чем свидетельствовали изменения размеров при повторных ультразвуковых и рентгенологических исследованиях, отхождение в виде фрагментов гораздо меньших, первично выявленных уролитов в 58,1% наблюдений.

Выводы. Изгоняющая лекарственная монотерапия препаратом Тутукон в течение 1 мес. позволяет избавиться от камней размером 4-5 мм в 100% случаев, 6-7 мм – в 72,7%, 8-9 мм лишь в 20% случаев. Эффект элиминации камней почек размером 4-5 мм наблюдался в 71,4% случаев, 6-7 мм – 66,6%, 8-9 мм в 28,6%. О выраженности литолитического эффекта свидетельствует дезинтеграция конкрементов в ходе лечения и отхождение в виде отдельных фрагментов, что продемонстрировано в 58% наблюдений. Дальнейшие наши исследования будут направлены на изучение изменений физико-химических свойств мочи в зависимости от состава конкремента и вида уролитиаза при использовании монотерапии препаратом Тутукон.

ВИЗНАЧЕННЯ УРІНАРНОГО МІКРОАЛЬБУМІНУ В ОСІБ З УРЕТЕРОЛІТІАЗОМ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНОЇ КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

Гурженко А.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Актуальність. Використання тесту визначення урінарного мікроальбуміну сечі (УМС) є поширеним тестом, який визначає ступінь порушення стану ниркових каналців. Визначення рівню УМС вважається маркером при цукровому діабеті, але у разі наявності гострої калькульозної обструкції (ГКО) на тлі уролітіазу, цей параметр має діагностичну цінність. Остання полягає у можливості прогнозування відновлення ниркових показників післяопераційного періоду при уретеролітіазі.

Найважливішим з ниркових показників традиційно вважають швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), що характеризується перманентним збільшенням на разі виникнення ГКО та за неефективного дренивання верхніх сечових шляхів. Співставлення показників ШКФ та УМС, у ситуаціях малоінвазивного лікування уретеролітіазу методом трансуретеральної контактної літотрипсії (ТУКЛ), сприятиме більш детальній оцінці функціональної здатності нирок за таких обставин.

Мета. Встановити клінічну цінність підвищення урінарного мікроальбуміну у разі проведення ТУКЛ з приводу уретеролітіазу, за допомогою визначення кореляції з коливаннями вмісту ШКФ.

Матеріали та методи. Було обстежено 46 осіб з уретеролітіазом (середній вік $37,5 \pm 4,0$ років), у яких за допомогою променевих та інших методів було верифіковано конкремент у середній або нижній третині сечоводу, наявність ГКО з типовим загостренням хронічного пієлонефриту. В усіх випадках хворим проводилася пункційна нефротомія (ПН), а зразки сечі отримували з нефростоми. Рівень ШКФ визначали за формулою Кокрофта-Голта, а УМС за турбідиметричним методом. Контрольну групу склали 30 осіб, що були визнані практично здоровими. Вимірювання рівнів ШКФ та УМА проводили одразу після ПН, на 3-тю та 12-ту добу від проведення ТУКЛ. Статистичні показники встановлено за критеріями Ст'юдента-Фішера.

Результати та їх обговорення: У осіб з контролю протягом усіх термінів спостереження було встановлено нормальні рівні УМС (протягом 3-х вказаних термінів середні дані склали $22,0 \pm 1,0$; $20,6 \pm 1,2$ та $21,7 \pm 0,9$ мг/л відповідно, при $p < 0,05$). Рівень ШКФ у вказаних групах коливався у межах вікової та гендерної норми (середні показники $118,7 \pm 5,8$ мл/хв., $122,0 \pm 6,5$ мл/хв. та $120,0 \pm 5,5$ мл/хв. відповідно, при $p < 0,05$).

У осіб з основної групи, протягом спостереження було встановлено суттєві зміни у рівнях УМС: його вміст в сечі одразу після ПН складав $147,6 \pm 13,0$ мг/л, на 3-тю добу знижувався до $102,2 \pm 7,2$ мг/л, а на 12-ту становив $32,0 \pm 0,9$ мг/л, при $p < 0,05$). Таким чином, виявлено ознаки ураження каналцевого апарату, що мали перманентний характер. Згідно даних ШКФ, рівні якої визначалися поряд з УМС, було встановлено, що за вказаних умов найнижчий показник ШКФ визначався до проведення ПН і складав $76,0 \pm 4,8$ мл/хв. На 3-тю добу від ТУКЛ середній рівень збільшувався до $87,0 \pm 6,0$ мл/хв., на 12-ту – до $96,1 \pm 4,3$ мл/хв, при $p < 0,05$). Таким чином, було встановлено кореляційний зв'язок між зменшенням вмісту УМС та збільшенням рівнів ШКФ, що відбувалося у осіб з уретеролітіазом на тлі швидкого відновлення уродинаміки за допомогою ПН та ТУКЛ.

Визначення рівнів УМС, у випадках гострої калькульозної обструкції за уретеролітіазу, вказує на вплив останньої на зниження функції нирок. Маркер УМС є одним з характерних тестів, що мають використовуватися у осіб із гострою калькульозною обструкцією, спричиненою уrolітіазом.

Висновок. Визначення урінарного мікроальбуміну сечі, на разі наявності гострої калькульозної обструкції, до- та після проведення малоінвазивних методів лікування уретеролітіазу є маркером ураження ниркових каналців.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ (ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОДНОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Кудрявцев Ю.М., Сикора В.В., Ситников Ю.Н., Курта В.В.

Городская клиническая больница №1, г. Сумы.

Лапароскопические техники сильно влияют на всю урологическую хирургию в течении последних двух десятилетий. На сегодняшний день выполнение практически любых операций на органах брюшинного пространства возможно эндохирургическим доступом через брюшную полость (лапароскопически), или непосредственно через брюшинное пространство (ретроперитонеоскопически). Мировой опыт эндохирургических вмешательств на органах мочеполовой системы свидетельствует о несомненных преимуществах этой технологии. Вместе с тем, широкое внедрение лапароскопических технологий в урологии требует специальных знаний и навыков. В нашей работа представлен опыт внедрения лапароскопии в городском урологическом центре г. Сумы.

Первая лапароскопическая урологическая операция в Сумской области была выполнена в 2011 г. в частной хирургической клинике Силмед в 2011 г. (марсупиализация кисты почки). Интенсивное внедрение лапароскопии началось с конца 2013 г. Вмешательства, которые за прошедшее время были внедрены в практику городского урологического центра, представлены в табл. 1.

Табл. 1.

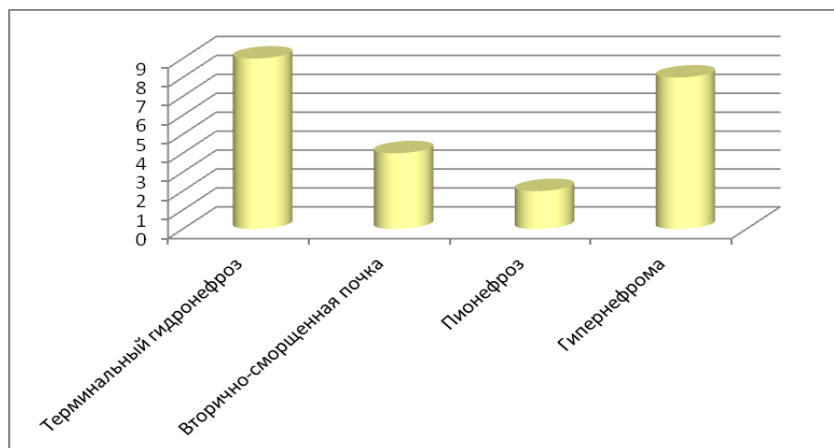
Вид операции	Количество
Нефрэктомия	23
Марсупиализация кисты почки	26
Пластика ЛМС при гидронефрозе	6
Резекция почки	9
Пиелолитотомия	4
Уретеролитотомия	22
Клиппирование яичковой вены	37
Нефропексия	5
Адреналэктомия	4
Всего	136

Сложность выполняемых вмешательств возрастала в соответствии с принципами:

- 1) Базовая лапароскопия (варикоцеле и кисты почек);
- 2) Продвинутая лапароскопия (нефрэктомия, уретеролитотомия, адреналэктомия, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента);
- 3) Экспертный уровень (резекция почки).

Показания к лапароскопической нефрэктомии представлены в диаграмме 1.

Диаграмма 1.



За период 2014 года среди всех выполняемых нефрэктомий и резекций почек лапароскопических вмешательств было выполнено больше, чем открытых, что представлено в диаграммах 2 и 3.

Диаграмма 2.



Диаграмма 3.



Из 23 лапароскопических нефрэктомий 5 были выполнены чисто лапароскопически (Рис. 1), в 18 случаях - с мануальной ассистенцией (Рис. 2). Мы считаем, что косметический эффект и наносимая травма мышечной стенки при мануальной ассистенции сопоставима с чисто лапароскопическим вмешательством, а применение таких гибридных техник является своеобразным "мостиком" для перехода от открытой хирургии к лапароскопии, особенно для хирургов с опытом и стереотипами открытой хирургии. Наличие руки в брюшной полости позволяет использовать ее как ретрактор, для диссекции тканей в сложных случаях и по ощущениям хирурга напоминает навыки традиционной нефрэктомии.

Среднее время операции составило 144 мин. (максимум 240, минимум 100), средняя кровопотеря 120 мл (максимум 200, минимум 60). Для выделения почки и сосудистых структур использовалась энергетическая система лигирования Liga Sure. Сосудистая ножка почки клипировалась полимерными клипсами Hem-o-lok. Конверсий и интраоперационных осложнений не было.

Рис. 1. Вид на 5 сутки после лапароскопической нефрэктомии.



Рис. 2. Доступ при хэнд-ассистированных вмешательствах.



Мы не использовали устройство для мануального доступа Dextrus (Рис. 3) в связи с экономическими причинами, при этом никаких проблем с потерей карбоксиперитонеума мы не испытывали (Рис. 4).

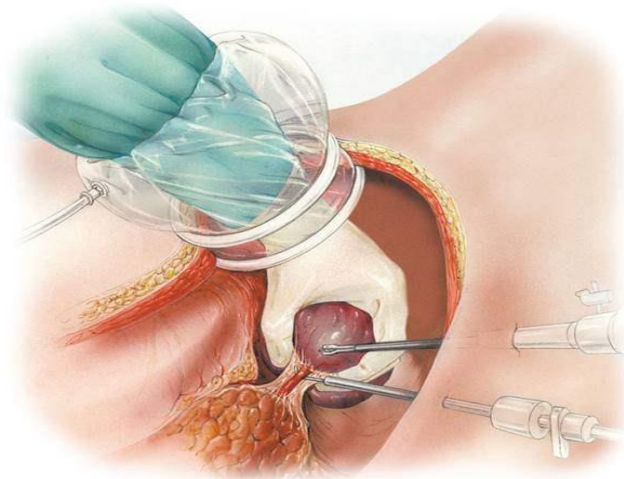


Рис. 3. Система Dextrus

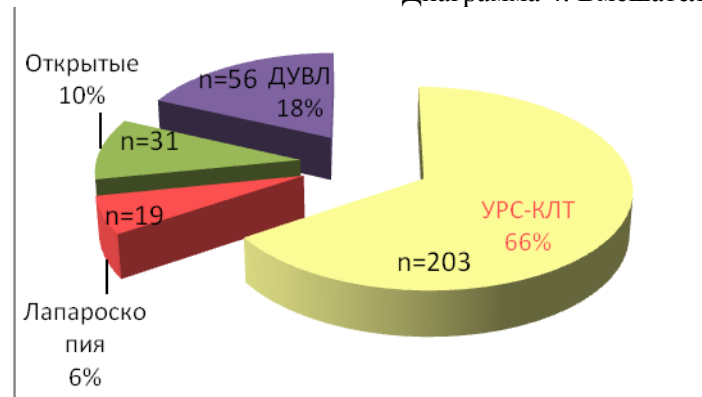


Рис. 4. Выполнение лапароскопической нефрэктомии с мануальной ассистенцией.

Выполнение лапароскопических вмешательств при мочекаменной болезни (МКБ) остается дискуссионным и точное место лапароскопии в этих случаях до сих пор не определено. Тем не менее, в Guideline EAU 2015 появилась рекомендация лапароскопической уретеролитотомии при больших вколоченных камнях мочеточника, когда дистанционная ударно-волновая литотрипсия или уретерореноскопическая контактная литотрипсия (URS) были неэффективными (уровень доказательства 2 В, <http://uroweb.org/guideline/urolithiasis/?type=summary-of-changes>). Имея опыт 22 лапароскопических уретеролитотомий при больших камнях верхней и средней трети мочеточника и 4

лапароскопических пиелолитотомий при внепочечном расположении лоханки и камнях более 2 см, мы считаем что лапароскопия при МКБ является безусловной второй линией. В большинстве случаев при камнях мочеточников мы выполняем именно URS (66%), на втором месте ДУВЛ, лапароскопические вмешательства в 2014 г. выполнялись в 6% случаев, что показано на диаграмме 4.

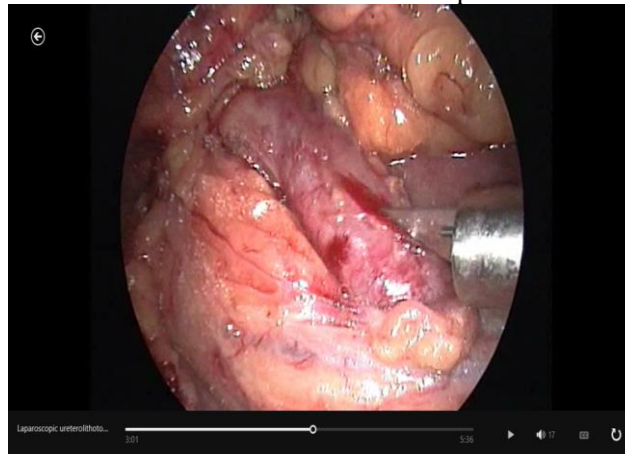
Диаграмма 4. Вмешательства при МКБ в 2014 г.



Среднее время лапароскопической уретеролитотомии составило 119 мин. (максимум 180, минимум 70). Интраоперационных осложнений не было. Из-за миграции камня имела место 1 конверсия (миграция камня), 1 переход к мануальной ассистенции (эти случаи не включены в общее количество выполненных лапароскопических уретеролитотомий). Послеоперационные осложнения: длительное выделение мочи по дренажу 1 случай, острый пиелонефрит, связанный со стент-ассоциированным рефлюксом.

Для профилактики несостоятельности шва на мочеточнике мы считаем обязательным его рассечение "холодным ножом" (Рис. 5), а не L-образным электродом, предпочтительное использование монофиламентной нити монокрил 4-0 для интракорпорального шва и обязательное стентирование мочеточника (антеградное интраоперационное или ретроградное до или после операции). При наличии обструктивного пиелонефрита хорошей опцией может быть дооперационное наложение ЧПНС (чрезкожной пункционной нефростомии) и предварительной санации.

Рис. 5. Рассечение мочеточника лапароскопическим "холодным" скальпелем.



Рекомендации EAU не могут быть механически перенесены на нашу почву из-за недостаточной материально-технической базы, но будущее, безусловно, за URS, RIRS (ретроградная интратренальная хирургия) и (или) PCNL. Вместе с тем, в определенных случаях лапароскопическое удаление камней почек и мочеточников при наличии опыта может быть проведено эффективно и безопасно, поэтому может заменить открытую операцию. Касательно кривой обучения, наш скромный опыт подтверждает данные других центров, что начинать необходимо с простых лапароскопических операций (варикоцеле и кисты почек). Кроме фундаментальной теоретической и практической подготовки по эндоскопической хирургии на начальном этапе желательна ассистенция более опытных лапароскопических хирургов (в том числе общих абдоминальных). Это позволит избежать осложнений, характерных для начинающих (троакарных, потеря ориентации в рабочей зоне, ранений

органов брюшной полости, электроповреждений и пр.). При выполнении вмешательств более высокого уровня важна качественная визуализация, предпочтительно использование не монополярных инструментов, а биполярных энергий и различных систем энергетического лигирования (Liga Sure, Ultracision или др.).

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ НИЖНИХ ЧАШЕЧЕК ПОЧКИ

Лесовой В.Н., Савенков В.И., Мальцев А.В., Левченко Д.А.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шاپовала»,

Центр малоинвазивных технологий и сердечно-сосудистой хирургии

Харьковского национального медицинского университета

Малоинвазивные методы лечения дают новые возможности достижения состояния «stone free» у пациентов с камнями нижних чашечек почек.

Цель работы – повышение эффективности лечения пациентов с камнями чашечек почки путем оптимизации выбора малоинвазивного лечения.

Материалы и методы исследования. В период 2013–2015 гг. проведено обследование и лечение 71 пациента с локализацией конкрементов, диаметром 0,5–1,2 см, в нижней группе чашечек почки. Все пациенты были разделены на три группы. В первой группе 31 пациенту была проведена экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) на литотрипторе «Dornier». Во второй группе 14 пациентам была проведена микроперкутанная лазерная нефролитотрипсия с использованием иглы 16G и микрооптики 0,9 мм в диаметре. 21 пациенту третьей группы была проведена ретроградная лазерная фиброволоконная пиелокаликотрипсия с использованием фибропиелоскопа «Karl Storz». Для дробления конкрементов во второй и третьей группах использовался неодимовый (Nd:YAG) лазерный комплекс «Лазурит» с волокном Ø 300 мкм.

Результаты и их обсуждение. ЭУВЛ пациентам первой группы были проведены амбулаторно. 20 больным для разрушения камня было достаточно проведение одного сеанса литотрипсии. 5 больным понадобилось проведения двух сеансов, а двум пациентам – трех. Плотность камней у пациентов, которым пришлось проводить повторные сеансы, была выше 950 НУ. Двум пациентам в связи с обструкцией фрагментами камня верхних мочевыводящих путей была проведена контактная уретеропиелолитотрипсия. Состояние «stone free» через месяц достигнуто у 25 пациентов (80,7 %).

Для проведения микроперкутанной нефролитотрипсии у пациентов второй группы доступ к чашечке осуществлялся в 8 случаях под ультразвуковым контролем, а у 6 – комбинированно (ультразвуковой и рентгенологический контроль). У двух пациентов во время операции отмечалось ухудшение видимости из-за незначительного кровотечения из слизистой чашки. В этом случае чрескожный канал был расширен телескопическими бужами до 20 Ch с продолжением нефролитотрипсии и установкой нефростомического дренажа по завершению процедуры. В остальных случаях послеоперационное дренирование лоханки ограничивалось стентированием или установкой мочеточникового катетера 5 Ch. Повышение температуры до субфебрильных цифр в послеоперационном периоде отмечалось у двух пациентов, что требовало усиления антибактериальной терапии. Уровень достижения состояния «stone free» через месяц составил 92,9 % и этот параметр не зависел от плотности и размера конкремента.

У двух пациентов третьей группы из-за наличия стриктуры нижней трети мочеточника потребовалось предварительное стентирование и дилатация мочеточника на стенте, после чего через 5 дней была успешно проведена фиброкаликотрипсия. Послеоперационное дренирование лоханки осуществлялось стентированием или установкой мочеточникового катетера 5 Ch. Койко-день составил 3–4 дня. Повышение температуры до субфебрильных цифр в послеоперационном периоде отмечалось у трех пациентов, что требовало усиления антибактериальной терапии. В третьей группе уровень достижения состояния «stone free» через месяц составил 90,5 %. Для проведения фиброкаликотрипсии в нижней чашечке существенное значение имел угол расположения оси нижней чашечки.

Выводы. ЭУВЛ является методом выбора при наличии конкремента нижней чашки малой рентгенплотности (до 900 НУ) и благоприятной анатомической конфигурации для отхождения фрагментов (отсутствие инфундибулярного склероза, узкой шейки чашки; угла более 40° между шейкой нижней чашки и мочеточником). Микроперкутанная нефролитотрипсия является малоинвазивной альтернативой методу стандартной перкутанной нефролитотрипсии и требует

дальнейшого изучения. Ретроградная фибропиелолитотрипсия является методом выбора для проведения литотрипсии. Метод ограничен в случаях сужения мочеточника, узкой шейки чашки, угла между шейкой нижней чашки и мочеточником менее 40°.

ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ КАНАЛЬЦЕВИХ ДИСФУНКЦІЙ У ВИПАДКАХ УРОЛІТІАЗУ ЄДИНОЇ НИРКИ

Мороз О.Л.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка, м. Київ

Актуальність: Розповсюдження випадків єдиної нирки (агенезії або набутої після операцій) є великою проблемою сьогодення. В умовах загального зменшення кількості нефректомії, останніми часами відзначається повільне зростання числа аномалій нефроурінарної системи, які потребують ретельного розгляду та спостереження. Сечокам'яна хвороба (СКХ) є другою після хронічного пієлонефриту, нозологією, що вражає єдину нирку (ЄН) та спричиняє виникнення значного відсотку інвалідизації серед осіб працездатного віку. Діагностика СКХ у осіб з ЄН не є складною, але кількість методів оцінки стану нефрону, що мають прикладне значення та використовуються практичними лікарями, є обмеженою.

З метою встановлення каналцевих порушень у таких випадках визначають рівень урінарного мікроальбуміну в сечі (УМА). Визначення УМА, на разі порушення уродинаміки в ЄН на тлі СКХ, сприяє детальній оцінці ступеню каналцевої дисфункції. Порівняння даних УМА із показниками швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), каналцевої реабсорбції (КР) та бактеріального титру загального мікробного пейзажу сечі, має на меті встановлення наявності кореляційного зв'язку між цими показниками.

Розвиток гострої калькульозної обструкції (ГКО) в осіб із СКХ (уретеролітаз) ЄН є тяжким станом в практиці уролога, потребує термінових діагностичних заходів та надання невідкладної допомоги у вигляді дренивання ниркової миски за допомогою малоінвазивних технологій (тонкоголкова пункційна нефротомія – ПН, стентування сечоводу ЄН та інш.), на разі трансуретеральної контактної літотрипсії (ТУКЛ).

Використання тесту УМА сприятиме покращенню діагностики каналцевої дисфункції на різних етапах лікування обструктивної патології єдиної нирки.

Мета: Визначити діагностичну цінність вимірювання урінарного мікроальбуміну в осіб з уретеролітазом ЄН, протягом до - та після малоінвазивного втручання. Встановити можливості його кореляції з показниками ШКФ, КР та титрів бактеріурії.

Матеріали та методи: В умовах урологічного стаціонару обстежено 34 особи (І група) з гострою обструкцією ЄН на тлі каменю середньої (нижньої) третини сечоводу (27 чоловіків, 7 жінок, середній вік $37,5 \pm 4,0$ років). Визначення УМА в сечі проводили турбідиметричним методом, бактеріурію визначали за Gold, ШКФ за формулою Кокрофта-Голта, КР за допомогою проби Реберга. В усіх випадках малоінвазивним втручанням була контактна літотрипсія (КЛТ), якій завжди передувала пункційна нефростомія (ПН).

Окремо досліджували показники в 29 осіб з т.з. «умовно здоровою єдиною ниркою» (ІІ група). До ІІ-ї групи увійшли 27 осіб з двома нирками, що були визнані практично здоровими. Вимірювання вказаних показників проводили одразу після ПН, на 7-му та 21-ту добу від видалення каменю (ТУКЛ). Статистичні показники встановлювалися за критеріями Ст'юдента-Фішера.

Результати та їх обговорення: На разі «здорової» ЄН (ІІ група) показники УМА були невірогідно підвищеними (у вказані терміни становили у середньому $30,0 \pm 3,4$; $27,8 \pm 2,8$ та $28,3 \pm 2,9$ мг/л відповідно, при $p > 0,05$), що співпадало із середніми даними СКФ ($120,4 \pm 2,2$ мл/хв., $121,0 \pm 2,5$ мл/хв. та $118,0 \pm 1,9$ мл/хв., при $p < 0,05$) та КР (92,0%, 93,0% та 92,0%, при $p < 0,05$). Титри бактеріурії складали протягом спостереження у середньому $< 10^4$ КУО/мл сечі.

В ІІ-й групі вимірювання у відповідні терміни вказували на нормальні показники: за УМА (у середньому $18,0 \pm 1,1$; $20,0 \pm 1,2$ та $19,3 \pm 0,9$ мг/л, при $p < 0,05$), за ШКФ (у середньому $100,3 \pm 2,2$ мл/хв., $102,0 \pm 2,5$ мл/хв. та $100,0 \pm 1,9$ мл/хв., при $p < 0,05$) та КР (у середньому 96,3%, 97,0% та 97,0%, при $p < 0,05$). Титри бактеріурії складали протягом спостереження $< 10^3$ КУО/мл сечі.

В І-й групі вимірювання у відповідні терміни встановило підвищення усіх вказаних показників. Так, рівень УМА був збільшеним, згодом знижувався, але не сягав норми (у середньому $203,3 \pm 9,1$; $165,0 \pm 8,2$ та $99,3 \pm 7,0$ мг/л, при $p < 0,05$); за даними ШКФ (у середньому $43,2 \pm 2,0$ мл/хв., $54,0 \pm 2,1$ мл/хв. та $68,0 \pm 1,7$ мл/хв., при $p < 0,05$) було встановлено кореляційну залежність від останнього рівнів

УМА та КР (у середньому 65,0%, 77,0% та 85,0%, при $p < 0,05$). Вірогідно високі титри бактеріурії у дослідженні були найбільш динамічним показником: після ПН складали у середньому $< 10^8$ КУО/ мл сечі, на 7-му добу - $< 10^{6-7}$ КУО/ мл сечі, а на 21-у - $< 10^4$ КУО/ мл сечі (при $p < 0,05$).

Ураження усіх відділів нефрону, на разі СКХ в ЄН, відбиває стан ГКО і не є притаманним лише уролітіазу. Між тим підвищення рівнів УМА не є суто специфічним, але сприяє більш кращому прогнозуванню плин у післяопераційного відновлення функціональної здатності ЄН. Перманентність зниження глобальних ниркових показників за таких станів, асоціюється із високими титрами бактеріурії, яка у більшості ($n=32$, 94,1%) випадків ставала до норми на 30-ту доб.

Визначення рівнів УМА у випадках ГКО на тлі уролітіазу ЄН, сприяє покращенню діагностики та демонструє кореляційний зв'язок із показниками глобальних ниркових функцій та бактеріурії.

Висновок: залучення маркеру урінарного мікроальбуміну сечі до діагностичного алгоритму, у випадках гострої калькульозної обструкції на тлі єдиної нирки, сприяє більш чіткої деталізації каналцевих дисфункцій під час проведення малоінвазивної хірургії уролітіазу.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПОВ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ СОГЛАСНО РАСЧЕТАМ ОКОЛОМЕСЯЧНЫХ БИОРИТМОВ

Россихин В.В., Цецхладзе З.С., Бреславец Ю.Л.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В зарубежной клинической практике активное внимание уделяется учету биоритмов. Это наблюдается в биоритмофармакотерапии, биоритмохирургии, биоритмореабилитации. При этом, к примеру, в негативные по биоритмам дни в Массачусетском медицинском клиническом Центре (США) пациенты не оперируются, а хирурги в соответствующие дни не допускаются к операциям высокой степени сложности. Подобный подход предполагает минимальный оперативный риск, что важно в первую очередь для пациентов, но иницируется страховыми медицинскими компаниями.

В наших исследованиях была изучена частота совпадений острых состояний (почечная колика) и послеоперационных осложнений с расчетными околомесячными биоритмами. В основу расчетов вероятных дней почечной колики положены математические таблицы Н.А. Агаджаняна - Л.А. Котельника (1986) для околомесячных биоритмов, наиболее адекватно зарекомендовавшие себя в прикладных проблемах для экстремальных прогнозов биотехнических систем.

За основу расчетов были взяты длительности синодического и сидерического месяцев. При этом, период эмоционального биоритма T_2 определяется как их полусумма, составляя - $T_2 = 27,3216 + 29,5305 = 28,4261$ суток. Биоритм физический T_1 составляет $5/6 \cdot T_2$ и равен $23,688437$ суток. Интеллектуальный - $T_3 = 7/6 \cdot T_2 = 33,1638T_{22}$ суток. Обычно считается, что критические дни каждого биоритма появляются дважды за период. Согласно гипотезе Н.А. Агаджаняна (1982) дни перестройки организма происходят через каждую четверть периода. Поэтому интервалы их следования - соответственно для физического (Φ_1), эмоционального (Φ_2) и интеллектуального (Φ_3) биоритмов оказываются равными следующим числам: $\Phi_1 = T_1/4 = 5/24 \cdot T_2 = 5,922109$ суток; $\Phi_2 = T_2/4 = 7,10653120$ суток; $\Phi_3 = T_3/4 = 7/24 \cdot T_2 = 8,2909530$ суток. Собственно «критическими днями» называются те дни, которые одновременно являются днями перестройки по двум биоритмам. По истечении интервала времени T , равного: $42\Phi_1 = 35\Phi_2 = 30\Phi_3 = 248,728592$ суток, происходит перестройка организма по всем трем биоритмам («день критической усталости» или «биологический цикл организма»).

Под нашим наблюдением находилось 643 пациента: 503 (78,2%) женщины и 140 (21,8%) мужчин. Больных с уролитиазом было 532 человека (82,7%), а с мочекислым диатезом – 111 (17,3%).

Установлено, что при уролитиазе совпадение дней почечных колик с нулевыми фазами тех или иных биоритмов наблюдалось у 483 пациентов (90,8+1,3%). Этот же показатель у пациентов с мочекислым диатезом составлял 88+3% (98 человек). Достоверной разницы биоритмических совпадений в группах больных уролитиазом и кристаллурическим диатезом не выявлено ($p > 0,05$). Необходимо указать, что процент совпадений и в той и в другой группе пациентов достаточно высок - 90,8% и 88%.

При анализе достоверно определяется высокое совпадение "нулевых" фаз физического и эмоционального биоритмов с днями почечных колик - в среднем по выборке $75,3 \pm 1,8\%$. Совпадение дней почечных колик и "нулевых" фаз биоритмов "физический-интеллектуальный", "эмоциональный-интеллектуальный", "физический-эмоциональный-интеллектуальный" наблюдается в среднем в

24,7%. Учитывая, что в биологический цикл организма (БЦО) - 248,7 суток - совпадение Φ_1 - Φ_2 наблюдается 6 раз, то, принимая накануне расчетных дней спазмолитики и соблюдая соответствующий двигательный, питьевой и диетический режим, возможно целенаправленно проводить профилактику приступов почечной колики.

Следует считать целесообразным профилактику приступов почечной колики, а также проведение оперативных вмешательств с учетом оптимальности сроков околосеменных биоритмов. Для реализации этих положений требуется автоматизированная система расчета индивидуальных биоритмов по Н.А. Агаджаняну - Л.А. Котельнику, монтирование которой целесообразно на базе индивидуальных гаджетов (смартфоны, мобильные телефоны, планшеты и т.п.).

УРОЛИТИАЗ И ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ

Росихин В.В., Хоценко Ю.А., Осипов П.Г., Базаринский О.Г., Шусь А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Сочетание мочекаменной болезни (МКБ) и возрастного андрогенного дефицита (ВАД) - достаточно частые ситуации и по нашим данным встречаются примерно в 15-20%. Однако в обзоре литературы практически не встречаются работы, касающиеся изучением уровня половых и гипофизарных гормонов у больных МКБ.

Целью настоящего исследования является изучение уровня половых и гипофизарных гормонов и методов её коррекции у больных с МКБ.

Материалы и методы. Объектом нашего исследования являлись 24 пациента, которые проходили лечение в период с 2008 по 2014 года и имели сочетание ВАД и МКБ. Возрастной диапазон для обследуемых пациентов составил от 52 до 81 года — в среднем 57,3 лет. В программу обследования входили: клинико-биохимические анализ крови и мочи, Определялось содержание ЛГ, ФСГ, тестостерона, пролактина, эстрадиола и PSA в сыворотке крови. Проводилось УЗИ почек и мочевыводящих путей, ТРУЗИ предстательной железы, обзорная и экскреторная урография, реносцинтиграфия почек. Полученные в процессе исследования медико-биологические данные обрабатывались с помощью программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.11). Критерием статистической достоверности считали величину $p < 0,05$.

Результаты исследования. При исследовании клинических и биохимических анализов крови, показателей, превышающих верхние границы нормы, не было выявлено ни у одного пациента до начала терапии, а в общем анализе мочи были следующие изменения: у 12 пациентов лейкоцитурия, у 4 лейкоцитурия и микрогематурия, у 2 микрогематурия.

Большое диагностическое значение придавалось исследованию гормонов в сыворотке крови. Получены следующие результаты: уровень тестостерона — $M \pm m = 1,9 \pm 0,1$ нг/мл (норма 3–10 нг/мл), лютеинизирующего гормона (ЛГ) — $M \pm m = 20,5 \pm 0,6$ мМЕ/л (норма 1–15 мМЕ/л), уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) — $M \pm m = 17,1 \pm 0,6$ мМЕ/л (норма 1–15 мМЕ/л), уровень пролактина — $M \pm m = 549,1 \pm 7,2$ мМЕ/л (норма 62–630 мМЕ/мл), уровень эстрадиола — $M \pm m = 50,0 \pm 0,7$ мМЕ/л (норма 12–60 нг/мл), Показатели простатического специфического антигена (PSA) в сыворотке крови находились в пределах нормы — $M \pm m = 2,7 \pm 0,2$ (норма до 4.0 нг/мл). Получены следующие результаты объема предстательной железы: $M \pm m = 35,1 \pm 1,1$ см³. По данным УЗИ почек и мочевыводящих путей у всех пациентов диагностирован нефролитиаз: у 9 пациентов микролиты обеих почек (размеры до 0,5 см), у 13 пациентов двусторонний (размеры от 0,5 до 2,0 см), двусторонний коралловидный уролитиаз у 2 человек (размеры от 3.0 до 5,0 см). На обзорной урографии полученные данные УЗИ в основном подтвердились. Удовлетворительную секреторную и экскреторную функции почек демонстрировали экскреторная урография и радиоизотопные методы исследования (непрямая радиоизотопная реноангиография, радиоизотопная ренография, динамическая и статическая нефросцинтиграфия).

В исследовании с заместительной целью был использован перорально препарат Андриол (тестостерона ундеканат). Пациенты получали терапию в индивидуально подобранной дозе, т. е. принимали тестостерон ундеканат в течение 3 месяцев с начальной дозой 120 мг/сут с приемом препарата в 7–8 часов (80 мг) и в 16 часов (40 мг). Одновременно с проводимой заместительной терапией назначались в течение 3 месяцев фармакологические аналоги коферментов биологического

окисления и антигипоксантами (витамин Е, цитохром С, милдронат) с целью наибольшего использования потенциала собственных клеток-продуцентов тестостерона.

Для сравнительной оценки эффективности лечения пациенты были повторно обследованы. Через 3 мес лечения анализ клинической картины крови выявил улучшение показателей в основном за счет гемоглобина и эритроцитов, а нормализация общего анализа мочи (у 74% пациентов, $p < 0,05$) была обусловлена уменьшением количества лейкоцитов и протеинурии.

Биохимический анализ крови в обеих группах через 3 месяцев показал, что билирубин (прямой, непрямой), АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин и др. параметры крови не изменились. Показатели PSA в сыворотке крови определялись в пределах нормы— $M \pm m = 2,4 \pm 1,1$. Объем предстательной железы незначительно уменьшился: $M \pm m = 29,6 \pm 1,3$ см³.

Через 3 мес после начала терапии проводилось также контрольное исследование гормонов крови у всех пациентов. Отмечено снижение уровней лютеинизирующего, фолликулостимулирующего гормонов, пролактина, эстрадиола и повышение содержания в крови тестостерона. Показатели тестостерона повысились от 2,5 раза ($p < 0,05$) до 4 раз ($p < 0,05$). Уровень лютеинизирующего гормона снизился в 2-3 раза ($p < 0,05$), фолликулостимулирующего гормона снизился от 1,6 раза ($p < 0,05$) до 2,2 раза ($p < 0,05$). Уровень пролактина снизился в 1,8 раза ($p < 0,05$), эстрадиола в 1,9 раза ($p < 0,05$).

Через 3 мес после начала терапии проводилось контрольное ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей. Из 8 пациентов у 4 - микролиты почек не обнаружены ($p < 0,05$), а у остальных пациентов отмечено незначительное уменьшение размеров конкрементов (не достоверны ($p > 0,05$)). По данным радиоизотопного метода исследования через 3 мес после начала терапии достоверно отмечено ($p < 0,05$), улучшение состояния почечного кровообращения, интенсивность канальцевой секреции и клубочковой фильтрации, а также улучшение функционально-структурного состояния почечной паренхимы.

Выводы. Таким образом, в результате лечения пациентов ВАД в сочетании с МКБ, отмечено отхождение микролитов, снижение уровня вялотекущих воспалительных процессов, а также, самое главное, улучшение качества жизни пациентов.

МКБ является полиэтиологическим заболеванием, основу патогенеза которого составляют различные физико-химические и биохимические нарушения. Представляется, что возрастное снижение уровня андрогенов в организме может быть дополнительным фактором камнеобразования, однако это предположение требует дальнейших исследований.

ДОСЛІД УРЕТРОСКОПІЇ І КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ У ЛІКУВАННІ КАМЕНІВ СЕЧОВОДУ ПО МАТЕРІАЛАМ ВІДДІЛЕННЯ УРОЛОГІЇ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ №2

Роцин Ю.В., Снівак О.Р., Волянчук А.Ю., Селюк В.М., Снівак В.О., Колчін Д.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Міська лікарня №2, м. Чернігів

Сечокам'яна хвороба посідає друге місце в структурі захворювань нирок і сечовивідних шляхів, складаючи від 30% до 45% останніх. Серед причин смерті від урологічної патології сечокам'яна хвороба знаходиться на третьому місці. З урахуванням темпів зростання та розповсюдженості, схильності до ураження осіб працездатного віку, тривалості хвороби (іноді протягом усього життя), наявних витрат працездатності, з одного боку, і гострої та хронічної ниркової недостатності, яка призводить до сепсису, з іншого, проблема стає не тільки медичною, але й соціальною.

Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності уретероскопії та ультразвукової контактної літотріпсії в комплексному лікуванні хворих з уретеролітіазом.

Матеріали та методи дослідження. За і період з жовтня 2014 по березень 2015 р. у відділенні урології Чернігівської міської лікарні №2 ми спостерігали 50 хворих з конкрементами сечоводів, яким виконано 52 уретероскопії з подальшою контактною літотріпсією або літоекстракцією. З них 26 (52%) хворих - жінки, 24 (48%) - чоловіки у віці від 24 до 75 років. Правосторонній уретеролітіаз був виявлений у 28 (56%) пацієнтів, лівосторонній - у 22 (40%), двосторонній був у 2 (4%) хворого. Каміні верхньої третини сечоводу спостерігалися у 2 (4%) хворих, середньої третини - у 10 (20%), нижньої третини - у 38 (76%). Розмір каменів (за поздовжньою віссю) коливався від 5 до 25 мм і в середньому склав 9,2 мм.

Терміни перебування каменя в сечоводі до виконання уретероскопії склали: до 10 діб - у 22 (44%) спостереженнях, від 11 до 20 - у 14 (28%), від 21 до 30 діб - у 8 (16%) випадках, від 31 до 90 діб - у 4 (8%) і більше 90 діб - у 2 (4 %) спостереженнях. Для руйнування каменів сечоводу використовувався уретроскоп фірми «Olympus» та ультразвуковий генератор «Karl Storz».

Результати. Уретероскопію ми вважали ефективною, якщо конкремент був інтраопераційно повністю видалений за допомогою петлі або щипців, або зруйнований до дрібних фрагментів, гарантовано здатних до мимовільного відходження. Неефективною операцію вважали у разі відсутності візуалізації конкременту (внаслідок анатомічних особливостей сечоводу, при міграції каменя чи великих фрагментів) без можливості їх інтраопераційного руйнування. Із 52 виконаних уретероскопій успішними були 50. Таким чином, ефективність методу склала 96%. Найбільш ефективно були проведені операції при локалізації каменів у нижній і середній третині сечоводу - відповідно в 99% і 93% випадків. Післяопераційне перебування хворих з неускладненим уретеролітіазом у стаціонарі складало в середньому від 4 до 6 діб. Наявність стента у сечоводі працездатність хворих практично не обмежувала. Видалення його проводили при повторному відвідуванні амбулаторно.

У ранньому післяопераційному періоді тільки 10% хворих скаржилися на значні болі в поперековій ділянці. Помірна дизурія, відчуття дискомфорту при сечовипусканні виникали досить часто у 32 (64%) з подразнювальною дією самого стента. Про це свідчить і те, що після видалення катетера описані вище скарги зникали без додаткового лікування.

Інтраопераційні ускладнення: надрив слизуватої сечоводу у 2 пацієнтів (4%), неуспішна уретроскопія у 2 (4%); післяопераційні – загострення пієлонефриту у 6-х (12%).

Висновки

1. Уретероскопія і контактна літотріпсія є високоефективним методом лікування хворих з каменями середньої та нижньої третини сечоводу. Ефективність їх складає 93,3% і 99,1% відповідно.

2. У разі локалізації каменів верхньої третини сечоводу необхідним є зважений підхід до проведення цієї операції. Її слід застосовувати при досить великому досвіді хірурга і за наявності можливості виконання перкутанної нефротомії та екстракорпоральної ударно-хвильової літотріпсії.

3. Уретероскопія є операцією вибору в хірургічному лікуванні каменів сечоводів.

ПЕРКУТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ПОЧЕК НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Савенков В.И., Мальцев А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Эндоскопический метод лечения нефролитиаза в последние 20 лет находит все более широкое применение и этим методом удаляются до 70 % коралловидных и множественных камней. В последние годы в литературе утвердилось положение о том, что сахарный диабет является еще одним существенным фактором риска литогенеза. Гипергликемия при диабете второго типа ведет к выведению глюкозы с мочой, что в свою очередь ведет к повышению выделения кальция, фосфора и мочевой кислоты. Этот вопрос обсуждался в ряде научных публикаций, однако специально изучение сопряженности камнеобразования и нарушений обмена, сопровождающихся сахарным диабетом, не проводилось.

Целью исследования явилось изучение возможности широкого использования перкутанных методик лечения камней почек у пациентов с сахарным диабетом.

Материал и методы. В основу работы легли результаты проведения 33 операций (перкутанная нефролитотрипсия), осуществленных в течение января-марта 2015 года в Центре малоинвазивных технологий и сердечно-сосудистой хирургии Харьковского национального медицинского университета. Мужчин было 12, женщин – 21. Больные были в возрасте от 18 до 76 лет ($38,6 \pm 4,2$ года). 19 пациентов имели нормальный уровень гликемии (1-я группа), у 14 пациентов имел место сахарный диабет (2-я группа). Уровень гликемии во 2-й группе колебался от 7,8 до 15,7 ммоль/л ($10,4 \pm 1,8$ ммоль/л). Показаниями к данному вмешательству были: множественные конкременты почки, крупные (более 2 см), камни единственной или аномальной почки, после неудачных попыток дистанционной литотрипсии, а также коралловидные камни, у пациентов с ожирением. Всем пациентам на догоспитальном этапе был выполнен бактериологический посев мочи, по результатам которого проведена предоперационная антибиотикотерапия. Так как при сахарном диабете особенно страдают сосуды почек на фоне прогрессирующей микроангиопатии, во 2-й группе лечение

проводилось на фоне приема ангиопротекторов. 15 вмешательств были выполнены на правой почке, 17 – на левой и одно с двух сторон одномоментно, при этом у 5 больных – на единственной почке. Размер камней измеряли в миллиметрах на основании данных ультразвукового исследования верхних мочевых путей и компьютерной томографии. Средний размер камней составил $30,3 \pm 0,6$ мм. Всем пациентам перкутанные нефролитотрипсии были выполнены в положении на животе, из них через один доступ – у 19, два доступа – у 9 больных, через три – у четверых, четыре доступа потребовались одному больному. Всем пациентам нефролитотрипсия выполнялась одним хирургом и использовалась только пневматическая литотрипсия, что дало возможность объективно оценить эффективность лечения в группах.

Результаты и обсуждение. Малая выборка больных не позволяет статистически значимо сравнить результаты, но дает возможность оценить эффективность перкутанной хирургии у пациентов с сахарным диабетом. Серьезных интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения (обострение хронического пиелонефрита, макрогематурия) наблюдали у 15,8 % больных 1-й группы и у 14,3 % – 2-й. Кровотечения, требующего переливания крови, и травм соседних органов не было. Эффективность ПНЛ в 1-й группе составила 94,7 %, к дополнительным вмешательствам (дистанционная литотрипсия) прибегли в отношении одного больного (5,3 %). Во 2-й группе эффективность ПНЛ составила 92,9 %, одному больному (7,1 %) дополнительно выполнена дистанционная литотрипсия. Достоверных различий по эффективности перкутанной нефролитотрипсии, объему кровопотери и срокам госпитализации установлено не было. По данным лабораторных, инструментальных методов исследования у всех пациентов отмечали нормализацию уродинамики верхних мочевыводящих путей и улучшение функции почки. Частота осложнений после выполнения перкутанной нефролитотрипсии была невысока, поскольку ни один пациент не был подвергнут открытой операции. Следовательно, полученные результаты расширяют показания к применению данного метода.

Для эндоуролога важен размер камня (камней), количество, объем, конфигурация, локализация, наличие трудностей вмешательства, обусловленных возможными аномалиями развития. Страдает ли пациент сахарным диабетом или имеется инфекция верхних мочевых путей, не является принципиальным, т.к. операция по эндоскопическому удалению камня осуществляется планово, после предварительной подготовки. Соответственно, до операции пациент с сахарным диабетом должен быть компенсирован и подготовлен соответствующим специалистом, а инфекция верхних мочевых путей должна быть ликвидирована или, по крайней мере, быть контролируемой.

Выводы. Таким образом, перкутанная нефролитотрипсия является малоинвазивным и эффективным методом оперативного лечения больных с камнями почки на фоне сахарного диабета. При подготовке к нефролитотрипсии необходимо учитывать не только показатели уровня гликемии, но и состояние жизненно важных органов, имея в виду вероятность развития поздних осложнений, а также рутинное бактериальное исследование мочи с последующей антибиотикопрофилактикой.

ГІДРОКОЛОНОТЕРАПІЯ БЕРЕЗІВСЬКОЮ МІНЕРАЛЬНОЮ ВОДОЮ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Сердюк А.І., Макаров Д.В., Василенко О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,
ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води»
ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», Харківська область

Сечокам'яна хвороба (СКХ) – це одна з найбільш поширених урологічних патологій, що зустрічається у 1-3% населення. Згідно сучасних рекомендацій з ведення пацієнтів з уролітіазом Європейської асоціації урологів, консервативна терапія, показана у всіх випадках, коли конкремент не викликає значного порушення відтоку сечі і значної гідронефротичної трансформації і немає атаки гострого піелонефриту, включає в себе загальнозміцнюючі заходи, дієтичне харчування, лікарське і санаторно-курортне лікування. В умовах даного санаторію окрім загальноприйнятого методу прийому мінеральної води всередину per os, застосовуються і спеціальні методи її прийому, в т.ч. і кишкові зрошення.

Метою проведення даного дослідження було вивчення ефективності застосування гідроколонотерапії Березівською мінеральною водою у складі комплексного санаторно-курортного лікування хворих СКХ.

Матеріали та методи. Серед перебуваючих на лікуванні в умовах Клінічного санаторію Березівські мінеральні води спостерігалось 89 хворих, у яких був виставлений діагноз СКХ, причому, жінок було 38, а чоловіків – 51. Вік серед жіночої частини становив від 37 до 78 років (середній – 57,2 року), а серед чоловічої – від 21 до 79 років (середній – 57,3 року). Усі ці хворі були випадковим чином розділені на дві групи: I (45 хворих) і II (40 хворих). Контрольна група складалася з 23 практично здорових в плані по СКХ осіб, середній вік яких становив 55 років.

Діагноз ґрунтувався на загальноклінічних даних (збір скарг, анамнезу захворювання, дані об'єктивного огляду), лабораторних (клінічний аналіз сечі, сечовина і креатинин крові, посів сечі на стерильність) та інструментальних (УЗД) методів.

Санаторне лікування складалось із: солюкса, діатермії, УВЧ або індуктотермії на область хворої нирки, синусоїдальних модульованих струмів, душа Віши, гідрокінезотерапії. II гр. додатково отримувала кишкові зрошення мінеральною водою та мінеральні ванни.

Отримані результати свідчать про високу ефективність гідрокolonотерапії при лікуванні СКХ, особливо у хворих з каменем в нижній третині (Н/3) сечоводу. Так, за час лікування, з чашечок пішли в хід конкременти у 19 пацієнтів I гр. і 21 пацієнта II гр. пацієнтів, причому більша їх частина перейшла в «категорію» каменів Н/3 сечоводу: 11 пацієнтів I гр. та 13 пацієнтів II гр.; решта пацієнтів протягом перших семи днів перебування змогли самостійно виділити камені.

З верхньої третини сечоводу у II гр. камені вийшли у всіх пацієнтів, у першій – не вийшов камінь у 1 пацієнта (2,22%). З Н/3 – не змогли самостійно виділитися камені у 8 пацієнтів (17,8%) з I гр. і 2 пацієнтів (5,0%) з II гр. Всі хворі з каменем сечоводу, що не відійшов, (9 (20,0%) I гр. і 3 (7,5%) II гр.) були направлені на лікування в урологічний стаціонар.

Суб'єктивні відчуття у хворих, які виділили камені і в яких камінці не пішли в хід, значно покращилися: були відсутні тягнучі, ниючі болі в області проекції нирок, сеча була солом'яно-жовтого кольору, прозора, без домішок в ній. Підвищений рівень сечовини і креатинину у відповідних хворих повернувся в межі норми.

Враховуючи проведені дослідження, стає зрозумілим, що санаторно-курортне лікування є невід'ємною частиною адекватного лікування, реабілітації, а також зупинення та попередження розвитку уrolітіазу, повторного утворення конкрементів та прогресування хронічної хвороби нирок. Лікування природною мінеральною водою Березівською прискорює процеси відходження каменів з органів сечовидільної системи. І гідрокolonотерапія цією водою може бути рекомендована для комплексного лікування хворих СКХ (ефективніше більш ніж на 10% у порівнянні із традиційною терапією), особливо – з конкрементами нижньої третини сечоводу (ефективніше на 35,5% відповідно).

КОРЕКЦІЯ ТУБУЛЯРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА СИМПТОМІВ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ОСІБ ПІСЛЯ КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ КАМЕНІВ СЕЧОВОДУ

Спиридоненко В.В., Рудаков В.О., Гурженко А.Ю.

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Актуальність: Сечокам'яна хвороба (СКХ) є однією з найбільш актуальних нозологій сучасної урології, а її терапія полягає у використанні малоінвазивних методів лікування, що мають мінімальний травматизуючий вплив на паренхіму і сприяють швидкому відновленню ниркових функцій.

Виникнення симптомів подразнення нижніх сечових шляхів (НСШ) є класичним ускладненням малоінвазивних та ендоскопічних методів лікування СКХ, що здатні зберігатися протягом певного часу після операції.

Важливим заходом у таких випадках стає післяопераційна корекція СНМП різними методами, з яких фітотерапії надається провідного значення.

Проведення терапії у післяопераційному періоді з приводу уrolітіазу спрямовано на ліквідацію обструктивних явищ, покращання ниркових функцій та позбавлення від НСШ.

Використання комплексних фітопрепаратів, у таких випадках, дозволяє позитивно впливати на зменшення НСШ та покращувати якість життя пацієнта.

Мета: Визначити можливості фітопрепарату Гентос Форте у ліквідації НСШ, можливості покращення якості життя у чоловіків, після контактної літотрипсії каменю сечоводу.

Матеріали та методи: Було обстежено 37 чоловіків в умовах урологічного стаціонару (І група), яким було проведено контактну літотрипсію (КЛТ) каменю сечоводу (середній вік $39,5 \pm 4,0$ років). Контролем (ІІ група) слугувало 32 аналогічних випадки, які отримували у амбулаторному періоді лікування у вигляді фітосборів. Початком призначення фітотерапії ставали 14 - 16 доба від проведення КЛТ, а середня тривалість вказаного лікування складала $45 \pm 2,0$ доби. Контрольні вимірювання проводилися за стандартом МОЗ України. Оцінку каналцевої дисфункції проводили за турбідиметричним визначенням вмісту урінарного мікроальбуміну (УМА) в сечі. Опитування пацієнтів проводили за анкетами шкали розладів сечовипускання (IPSS) та показника якості життя (QoL) до – та після лікування на 45-ту добу.

Результати та їх обговорення: За даними анкетування, до початку лікування було встановлено, що показники IPSS обох груп є однаковими, складаючи у середньому $16 \pm 1,0$ балів, як і середні показники QoL, що складала $4,2 \pm 0,5$ балів ($p < 0,05$). Це вказувало на середній ступень виразності СНСШ.

В осіб І-ї групи показник IPSS протягом курсу лікування Гентосом Форте покращувався до $10 \pm 1,0$, а QoL – до $1,0 \pm 0,5$ балів. Це вказувало на ефективність даного виду терапії в ліквідації СНСШ в осіб після КЛТ. На відміну від цього, в осіб з ІІ-ї групи позитивні зміни були слабкішими: середній показник IPSS складав $13,0 \pm 0,5$, а QoL – $2,0 \pm 0,5$ бали ($p < 0,05$).

Визначення УМА проводилось у вказані вище терміни. За його результатами було встановлено, що в осіб І-ї групи мала тенденція до вірогідного зменшення рівнів УМА в сечі осіб, що приймали стандартизований фітопрепарат, в той час, як в осіб ІІ-ї групи покращення було менш значним. Показники УМА до лікування в обох групах становили відповідно $103,3 \pm 7,1$ та $105,0 \pm 8,2$ мг/л, а протягом вказаного терміну зменшувалися до рівнів $34,2 \pm 3,1$ в І-й групі та $67,0 \pm 3,2$ мг/л в осіб ІІ-ї групи.

Висновок. Таким чином, можна стверджувати, що відновлення ниркових функцій залежить від стану нижніх сечових шляхів у чоловіків, а корекція СНСШ стандартизованими фітопрепаратами (Гентос Форте) після контактної літотрипсії сприяє покращанню загального стану пацієнта.

Комплексна дія стандартизованого фітопрепарату Гентос Форте сприяє покращанню стану верхніх та нижніх сечових шляхів, що наочно ілюструється зменшенням маркера тубулярної дисфункції в сечі та зменшенням симптомів нижніх сечових шляхів після малоінвазивного втручання з приводу уrolітіазу.

Ключові слова: фітотерапія, уrolітіаз, урінарний мікроальбумін сечі, контактна літотрипсія.

КОНТАКТНАЯ ЛАЗЕРНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Стецишин Р.В., Роцин Ю.В.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шاپовала», г. Харьков
Харьковская медицинская академия последипломного образования

За последние десятилетия положение экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии утвердилось как стандартный вид терапии в лечении мочевых камней. Однако, как ни привлекательна была легкость в ее выполнении и относительная комфортность для пациента, данный вид лечения имел ряд недостатков: с одной стороны, ограничение в ее использовании при относительно больших размерах и неудобной локализации камня, с другой - ведение многосеансовой терапии с последующим длительным отхождением фрагментов, в третьих, аппаратура для ЭУВЛ и ее сервисное обслуживание является достаточно дорогостоящим. Поэтому альтернативным методом в терапии камней мочеточника явилась уретероскопия.

Данный метод позволяет удалить камень из мочеточника с «одного подхода» в противоположность многосеансовой терапии ЭУВЛ, что с одной стороны, тотчас снимает явления обструкции почки с нивелированием в ней воспалительного процесса, а с другой – значительно сокращает время лечения и реабилитации больного.

Для дезинтеграции камней, отличающихся большим размером (более 1 см.), высокой плотностью (более 1000 НУ) и длительно находящихся в мочеточнике (более 1 мес.) нами был применен метод лазерной литотрипсии. С 2012 по 2014 г.г. контактная лазерная литотрипсия выполнена у 202 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет.

Операции проводились с применением уретерореноскопа R.Wolf и лазерного комплекса «R. Wolf Mega Puls 30 W plus».

Эффективность литотрипсии, при адекватном доступе к камню составила 100 %. При анализе химического состава камней особой резистентностью к разрушению обладали конкременты состоящие из оксалата моногидрата и цистина.

Отличительной особенностью лазерной литотрипсии являлось устойчивое положение камня в мочеточнике в процессе деструкции, что минимизировало возможность миграции конкремента в полостную систему почки. Плотность камня особо не влияла на продолжительность литотрипсии в виду широких возможностей регулировки установочных параметров лазера, но с увеличением размера камня продолжительность операции возрастала.

При наличии конкрементов более 1,5 см., находящихся в проксимальной отделе мочеточника целесообразна предварительная установка пункционной нефростомы для предотвращения интраоперационных и ранних послеоперационных воспалительных осложнений.

При длительном нахождении камня в мочеточнике возникает отек слизистой мочеточника с развитием гипергрануляций, который снижают возможность его адекватной визуализации.

Положительной стороной лазерной литотрипсии являлась возможность использования режимов не только направленных на дезинтеграцию камня, но и для абляции гипертрофированной слизистой с гипергрануляциями.

Выводы. Совершенствование эндоскопического инструментария способствует нарастающей популярности в клинической практике малоинвазивного лечения пациентов, страдающих мочекаменной болезнью.

Уретероскопия в сочетании с лазером является методом выбора при неэффективности ультразвуковой, пневматической и электрогидравлической литотрипсии камней мочеточника больших размеров и высокой плотности.

Характерной особенностью метода является сочетание высокой эффективности и низкого количества осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЗИДУАЛЬНЫХ КАМНЕЙ ЧАШЕЧЕК

Ухаль М.И., Ухаль Е.М., Маломуж О.И.

Одесский национальный медицинский университет

Распространенность МКБ в популяции составляет от 4 до 10 % по данным различных исследований (1,2). Локализация камней в чашечках отмечается в 8-15 % от всех случаев заболевания мочекаменной болезнью (3,4). Важно также отметить, что выполнение различных оперативных вмешательств (экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии -ЭУВЛ, контактной литотрипсии – КЛТ или открытых операции) по поводу камней различной локализации нередко сопровождается миграцией или оставлением фрагментов именно в чашечках -резидуальные фрагменты (5,6). Лечение первичных и резидуальных камней чашечек является актуальной проблемой урологи (7). Несмотря на практическую значимость, в отечественной и зарубежной литературе встречаются лишь единичные исследования посвященные проблеме лечения камней чашечек (6,7). При этом особого внимания заслуживают данные об эффективном воздействии вещества келлин (виснагин) из экстракта растения *Ammi visnaga* (Амми зубной) на процессы торможение кристаллизации солей мочи путем ингибирования роста кристаллов и их агрегации (8,9). Келлин обладает также выраженными спазмолитическими свойствами, устраняет спазмы сосудов, улучшает кровоснабжение почек и мочевой системы, обладает мочегонным и антимикробным действием, что очень важно для лучшего отхождения резидуальных осколков и первичных камней чашечек (10). Это препарат присутствует в высокой концентрации экстракта амми зубной в фитопрепарате Флавия® (Flavia®), производимом в Швейцарии (11).

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения первичных и резидуальных камней чашек используя современные лучевые методы исследования и применения в комплексной терапии фитопрепарата Флавия для литокINETического и литолитического воздействия на камни.

Материалы и методы. Исследования проведены у 38 пациентов с первичными камнями чашечек и 20 больных с резидуальными фрагментами в возрасте от 25 до 69 лет. Пациенты с бляшками Рандалья не включались в исследования. Исследование пациентов включало следующие основные методы: клиничко-анамнестические, лабораторное исследование,

ультразвуковое исследование и доплерографию, обзорную урографию и мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ). Кроме того, использовали 3-D, сагитальные и коронарные реконструкции, а также протокол исследования «сплит-болюс». Для изучения функциональных изменений почек нами использовались традиционные суммарные клинические методы исследования (определение мочевины и креатинина крови, анализ мочи по Зимницкому и др.) и отдельные - изотопная ренография.

Результаты исследования и их обсуждения

Наличие первичных и резидуальных камней в чашечках нами достоверно подтверждено путем применения вышеуказанных лучевых методов диагностики. Размеры камней колебались от 9 до 11 мм (в среднем, 10,7 мм). Плотность камней чашечек колебалась от 800 до 1200 ЕН. Свободно перемещающиеся в просвете чашечки первичные конкременты и периодически попадающие в лоханку отмечались у 17 % пациентов. Резидуальные камни в чашечки попадали после ЭУХЛ конкрементов лоханки или лоханочно – мочеточникового сегмента, а также у ряда пациентов при попытке контактной уретеролитотрипсии. Наиболее часто резидуальные камни мигрировали в нижнюю чашечку. Размеры этих конкрементов колебались от 7 до 9 мм (в среднем, 8,7 мм.). О наличии фиксации или подвижности камней в чашечках удостоверялись с помощью полипозиционного исследования на фоне стимуляции диуреза. В артериальной и экскреторной фазе уро – МСКТ определяли наличие или отсутствие симптома Фройля, а также определяли ширину шейки чашечки и величину угла вхождения шейки чашечки в лоханку. Изучение этих параметров имеет важное значение для прогнозирования самостоятельной элиминации чашечковых камней, а также под воздействием фитотерапии препаратом Флавия. Эти параметры также имеют важное значение при решении вопроса о целесообразности применения ЭУХЛ. Важно отметить, что при лечении препаратом Флавия через 1,5-2 месяца непрерывной терапии камни с высокой плотностью (выше 1000 ЕН) становились менее плотными (снижение плотности колебалось до 800 до 900 ЕН) т.е. создавалась возможность применить с более высокой эффективностью ЭУХЛ.

За время трехмесячного курса лечения фитопрепаратом Флавия пациенты проходили клиническое обследование и ультразвуковое исследование на 6-й и 11-й неделях. По данным УЗИ у большинства пациентов происходило уменьшение размеров первичных и резидуальных камней чашечек на 2-4 мм (в среднем с $8,7 \pm 0,8$ мм до $5,1 \pm 0,5$ мм). Самостоятельное отхождение первичных чашечковых камней за этот период отмечалось у 12 из 28 пациентов (42,9%) и резидуальных фрагментов - у 13 из 20 пациентов (65%). Развития острого пиелонефрита за период лечения фитопрепаратом Флавия было у 2 пациентов (4,2%) во время отхождения камней и острого нарушения оттока мочи из почек.

Выводы.

1. Мультиспиральная компьютерной томографии с использованием 3-D, сагитальных и коронарных реконструкций, методики «сплит-болюс» и полипозиционного сканирования на отсроченных сканах со стимуляцией мочегонными препаратами, а также адекватным измерением зональной плотности конкремента позволяет объективно определить размеры, плотность и подвижность камней чашечек, оценить особенности размеров шейки чашечек и угол соединения чашечек с почечной лоханкой.

2. Применение препарата Флавия® приводит к литолитическому и литокинетическому эффекту камней чашечек, что подтверждается уменьшением их размеров и самостоятельным отхождением.

Литература

1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. СПб: "Питер", 2000 -384 с.
2. Руденко В. И. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения Дис. д-ра мед. наук. Москва, 2004, стр. 285.
3. Cohen T. D., Preminger G. M. Management of calyceal calculi.// Urol. Clin. North. Am., 1997- V.24.- №1-p. 81-96
4. Kosar A., Turkolmez K., Sarica K., Muftuoglu Y.Z., Gogus O., Aydos K. Calyceal stones: fate of shock wave therapy with respect to stone localization. Int Urol Nephrol-1998-V.30-№4-p.433-8.
5. Dore B. Management of renal calix calculosis.: Presse Med-1999-V.11-№ 28(39)-p.2181-8.
6. Касаикин А.В., Олефир Ю.В., Гарилович Б.А., Авдейчук Ю.И., Акименко М.Ю. Лечебная тактика при камнях чашечек почек. Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003). М., 2003, стр. 164.
7. Lau P.C., Norman R. W. When is ESWL of small calyceal stones indicated? Can. J. Urol.-1997- V.4-№3-p.413-415.
8. Nabi G., Gupta N.P., Mandal S., Hemal A.K., Dogra P.N., Ansari M.S. Is infundibuloureteropelvic angle (IUPA) a significant risk factor in formation of inferior calyceal calculi? Eur. Urol.-2002- V.42-№6-p.590-3.
9. Kursinszki, J. Troilina, and E. Szoke. HPLC-determination of visnagin in genetically transformed root cultures of Ammi visnaga growing in liquid medium, Chemia Analityczna. 45:229-236 (2000).

10. K. Gunaydin and F. B. Erim. Determination of khellin and visnagin in Ammi visnaga fruits by capillary electrophoresis, Journal of Chromatography A. 954:291-294 (2002).
11. Z. A. Khan, A. M. Assiri, H. M. Al-Afghani, and T. M. Maghrabi. Inhibition of oxalate nephrolithiasis with Ammi visnaga (Al-Khillah), Int Urol Nephrol. 33:605-608 (2001).
12. Инструкция по применению препарата «Flavia™» в стране –производителе (Swiss Caps AG, Switzerland)

ЗМІНИ ФАКТОРІВ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА ІМУННА ВІДПОВІДЬ ОРГАНІЗМУ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ПІСЛЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ, УСКЛАДНЕНОЇ ПІСЛОНЕФРИТОМ.

Федорук О.С., Візнюк В.В., Владиченко К.А., Степанченко М.С.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Одним із основних рутинних методів дослідження будь-якого хворого залишається загальний аналіз крові, за показниками якого судили про наявність та ступінь прояву запального процесу нирок. Але беручи до уваги сучасні тенденції розвитку медицини та науки в цілому, все частіше застосовуються сучасні методики оцінки стану пацієнтів.

У хворих на пієлонефрит виявлені характерні зміни показників факторів неспецифічної резистентності в ранньому післяопераційному періоді, а саме: ФЧ дещо зменшувалося на 1-2 добу післяопераційного періоду ($4,9 \pm 0,2$ у.о.) з подальшим зростанням до 3-4 доби ($5,3 \pm 0,14$ у.о.) та зниження до 7-8 ($4,9 \pm 0,3$ у.о.). Аналогічна динаміка простежується для ФАН: 1-2 доба ($68,8 \pm 2,7\%$); 3-4 доба ($74 \pm 5,5\%$); 7-8 ($72,5 \pm 4,1\%$). Відсоток натуральних кілерів зростав на 1-2 добу до ($27,4 \pm 4,5\%$) з поступовим зниженням і на 7-8 добу склав $18,2 \pm 1,2\%$. Дослідження імунного статусу організму пацієнтів протягом лікування дозволяє корегувати імунні порушення та аналізувати дані, і в подальшому покращувати результати лікування.

За наявністю бактеріального пієлонефриту, формується в основному, гуморальна імунна відповідь із залученням Т-лімфоцитів, їх регуляторних субпопуляцій (ТCD4–хелперів/індукторів, ТCD8супресорів/ефекторів). Результати вивчення змін клітинної ланки імунітету при СКХ ускладненій пієлонефритом наведені в таблиці 4.2.3.

Клітинна ланка імунітету у хворих з СКХ ускладнена пієлонефритом в післяопераційному періоді реагувала на запальний процес із зростанням абсолютної кількості Т лімфоцитів (CD3) на 1-2 добу ($795,5 \pm 176$ абс./мкл), 3-4 добу ($752,9 \pm 142,7$ абс./мкл) та 7-8 добу (1172 ± 216 абс./мкл). Відносна кількість Т лімфоцитів (CD3) змінювалась дещо по іншому і зростала до 1-2 доби післяопераційного періоду ($46,6 \pm 4,9\%$) статистично не значимо знижуючись до 7-8 доби ($43,7 \pm 3,3\%$), залишаючись високою в порівнянні з контролем ($35,5 \pm 0,92\%$, $p < 0,05$).

Зростання Т лімфоцитів відбувалось за рахунок Т-хелперів /індукторів на 1-2 добу ($26 \pm 2,6\%$) та 7-8 ($27,7 \pm 1,35\%$) в порівнянні з контролем ($20,5 \pm 2,8\%$, $p < 0,05$). Проте, відбувалось незначне зниження відносної кількості Т-супресорів на 1-2 ($19,6 \pm 2,9\%$) та 7-8 ($21 \pm 2,7\%$) доби, призводило до зростання ІРІ (у 1,7 рази) на 1-2 добу, та на 7-8 добу у 1,6 рази ($p < 0,05$).

Визначення ЛТклІ (Лейко-Т клітинний індекс), який більш точно характеризує справжню кількість Т - лімфоцитів в периферичній крові, ніж абсолютна та відносна кількість Т- лімфоцитів. Показало, що відмічається дефіцит Т-клітин (Караулов А.В. та ін. 2002). При цьому зростає даний показник на 1-2 добу (у 1,4 рази) з подальшою нормалізацією на 3-4 ($11,2 \pm 0,5$ у.о.) добу, та статистично незначно знижується на 7-8 добу ($9,5 \pm 2,5$ у.о.) післяопераційного періоду.

Висновки: Таким чином перебіг СКХ із пієлонефритом характеризується зростанням показників фагоцитозу (ФЧ та ФАН) до 3-4 доби, як основного механізму неспецифічної резистентності та зростанням НК клітин на 1-2 добу післяопераційного періоду, що пояснюється першочерговим реагуванням факторів та механізмів неспецифічної резистентності на проникнення токсинів та антигенів спрямованих на обмеження розповсюдження інфекційних агентів.

Перебіг СКХ ускладненій пієлонефритом хворих характеризується значним збільшенням абсолютної та відносної кількості загального пулу Т-лімфоцитів та їх хелперної субпопуляції, а також зняттям супресорного впливу Т- лімфоцитів - зменшенням відносної кількості Т- супресорів, що сприяє підвищенню ефективності імунної відповіді та імунорегуляторної функції Т лімфоцитів.

**URETERAL STENTING AFTER URETEROSCOPY FOR URETER STONES: STUDY
ASSESSING SYMPTOMS AND COMPLICATIONS**

A.O.Gubar

Zaporizhzhya State Medical University

Introduction and Objectives: The placement of ureteral stent following ureteroscopy (URS) with stone extraction is a routine and many patients complain pain and urinary symptoms in postoperative period. In order to decrease the frequency of stenting, we conducted a comparison of patients with and without stenting after URS for ureteral calculi.

Material & methods: A total of 45 patients with ureteral calculi, amendable to ureteroscopic management were prospectively randomized into a stent (23 patients) and nonstent groups (22 patients). Standard ureteroscopic basketing and lithotripsy was performed with ureteroscope (8,5Fr) with or without ureteral dilation and postoperative symptoms questionnaires were obtained from each patient. Radiographic follow-up to assess stone-free rate and evidence of obstruction was performed in all patients.

Results: There was no statistically significant difference in age, stone size, operation time, and hospital stay between a stented and nonstented group ($p>0,05$). Furthermore there was no statistical difference in flank pain and urinary symptoms ($p>0,05$), except hematuria between two groups. The hematuria was more severe and long standing in the stented group ($p=0,001$).

Conclusion: Uncomplicated ureteroscopy for calculi removal can safely be performed without the placement of postoperative stent and considering its complication and side effect, we do not believe that the routine placement of ureteral stents after uncomplicated ureteroscopy for the stone is necessary.

ИНФЕКЦИИ И СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

О ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ХП/СХТБ

Антонян И.М., Карпенко В.И., Демченко В.Н., Дубинин Н.С., Артюх И.Н., Разумный М.Н., Белов В.Ю., Чепенко А.В., Аркатов А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
ООО «Тяжпромкомплекс» (г. Краматорск)

Несмотря на огромное количество методов диагностики и лечения, хронический простатит (ХП) остается самым распространенным заболеванием мужского населения и является причиной 28% от всех обращений к урологу, а в общей структуре урологических заболеваний занимает 38–64%. Данная патология характеризуется длительным, рецидивирующим течением с прогрессирующим ухудшением состояния больных. Достаточно часто стандартная терапия хронического простатита, включающая антибактериальные и нестероидные противовоспалительные средства, демонстрирует недостаточную эффективность. В связи с этим, одна из самых распространенных классификация предполагает выделение т.н. абактериального хронического простатита кат. III В (NIH) и ассоциированного с ним синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ). Нарушение качества жизни, полиморфность клинической и патоморфологической картины хронического простатита диктует поиск новых подходов к лечению.

Цель исследования. Изучение эффективности использования магнитотерапевтических установок, основанных на принципе «бегущих импульсных магнитных полей» у больных хроническим абактериальным простатитом.

Материал и методы. За 2014-2015 гг. на клинической базе кафедры общей, детской и онкологической урологии, расположенной в КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шاپовала» и физиотерапевтическом отделении были использованы оригинальные магнитотерапевтические установки МК-1 и МК-2 производства ООО «Тяжпромкомплекс» (г. Краматорск). Дизайн исследования предполагал оценку клинических эффектов при использовании данных установок у пациентов с рецидивирующей формой ХП/СХТБ кат III В. Всего проанализированы результаты лечения 112 пациентов. Возраст пациентов варьировал от 24 до 66 лет. Главные симптомы - боль и чувство дискомфорта в области таза, умеренная дизурия, ослабление копулятивной функции. Перед началом лечения, все пациенты кроме общеклинических анализов проходили пальцевое ректальное обследование, ТРУЗИ, урофлоуметрию, нативную микроскопию секрета простаты, определение уровня ПСА, общего тестостерона. простатическим симптомами оценивали по Международным шкалам I-PSS и HIS-CPSI.

Все пациенты с хроническим простатитом получали лечение как по поводу основного заболевания, так и сопутствующих, в т.ч. периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы и других сопутствующих патологий.

Особенностью лечения данной группы больных было курсовое использование аппаратов МК-1 и МК-2 в комплексе с антибактериальной, противовоспалительной, иммуностимулирующей терапией.

Особенностью используемых аппаратов являлось нестандартное расположение магнитов (1 - неподвижный, расположенный сверху, 2 – постоянно движущийся в двух плоскостях, снизу)

Область воздействия магнитных полей (нижние отделы живота и лоно и крестцово-ягодичная) соответствовали проекции предстательной железы. Время воздействия на поле 10-15 минут, курс лечения 10 дней по одной процедуре ежедневно.

Практически все пациенты, получавшие комплекс с магнитотерапией, уже после 4-5 процедуры отмечали значительное уменьшение, а иногда исчезновение болевого синдрома, снижение дискомфорта внизу живота, в промежности, в значительной степени купировались дизурические явления. По шкале I-PSS уменьшение тяжести симптоматики на 7 баллов и более имело место у 93,8%, по шкале HIS-CPSI – более чем на 7 баллов (по всем доменам) – у 83%.

Таким образом, применение магнитотерапевтических установок, основанных на эффекте «бегущих импульсных полей» в комплексе стандартных лечебных методик при ХП/СХТБ кат III В позволяет значительно улучшить непосредственные результаты лечения.

В дальнейшем мы предполагаем проведение сравнительной оценки результатов стандартного и комбинированного с магнитотерапией лечения пациентов ХП/СХТБ кат III В, в т.ч. длительность выявленного нами эффекта и необходимость проведения повторных курсов.

ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Бойко А.И., Гурженко Е.Ю.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей (ВЗНМП) относятся к самым распространенным инфекционным заболеваниям в амбулаторной и госпитальной практике врача уролога, андролога, гинеколога [1,2].

Наиболее часто у женщин встречаются неосложнённые ВЗНМП – острый и хронический цистит [1,2,3].

Острый и первично хронический цистит — одно из наиболее частых заболеваний женщин молодого, сексуально активного и репродуктивного возраста. В течение года у трети женщин в возрасте от 20 до 45 лет возникает по крайней мере один эпизод, ВЗНМП а у 10% оно переходит в хроническую рецидивирующую форму. Цистит чаще всего развивается в возрасте 25—30 лет, а также у женщин старше 55 лет, т.е. после менопаузы [2,3,4].

Чаще всего диагностируют острый цистит. По статистическим данным в Украине заболеваемость острым циститом составляет 0,7-0,9 случая заболевания в год на одну женщину [3,4].

В Украине около 95% ВЗНМП у женщин протекает как моноинфекция. Наиболее частыми возбудителями являются грамотрицательные энтеробактерии, обычно *Escherichia coli* (70-95% случаев). Второй по частоте обнаружения возбудитель — *Staphylococcus saprophyticus* (5-20% всех ВЗНМП), который несколько чаще выделяют у молодых женщин. В 1-2% наблюдений возбудителями ВЗНМП являются грамположительные микроорганизмы (стрептококки). В некоторых пациентов в моче не обнаруживают какой-либо патогенной микрофлоры.

В этиологии уретритов и циститов у женщин, несомненна роль урогенитальной инфекции (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*).

Пациенты ВЗНМП, у которых инфицирование обусловлено урогенитальной инфекцией часто отмечают рецидивирование инфекции на протяжении года до 2-3 раз, что связано с неадекватным лечением или отсутствием лечения полового партнера. Например, у более половины женщин после эпизода цистита в течение года развивается рецидив, у четверти женщин рецидив возникает в течение полугода, а у 40-50% больных рецидивы наблюдают более трёх раз в год.

Причины такого явления у женщин обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма женщины (короткая и относительно широкая уретра, анатомическая близость влагалища и прямой кишки, близость наружного отверстия уретры к влагалищу), сопутствующими гинекологическими заболеваниями (аднексит, сальпингит, эндометрит, цервицит, вульвовагинит и др.), гормональными нарушениями (снижение уровня эстрогенов, в том числе в постменопаузе), отсутствием культуры сексуальных отношений и личной гигиены, конституциональными и генетическими особенностями, дисбактериозом кишечника, беспорядочной половой жизнью, неадекватным применением противозачаточных средств.

ДИАГНОСТИКА ЦИСТИТА

Жалобы:

- частое болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи;
- боли в проекции мочевого пузыря, императивные позывы на мочеиспускание при явно недостаточном его наполнении;
- ложные позывы на мочеиспускание;
- примесь крови в моче (особенно в последней порции).

Анамнез: для цистита необходимо отметить острое начало. Чаще всего острый цистит возникает на фоне временного снижения иммунитета: переохлаждения, избыточной и непривычной нагрузки, нервного стресса.

При первом эпизоде заболевание расценивают как первичный острый неспецифический цистит; если имеются повторные случаи, то диагностируют хронический цистит в стадии обострения.

Если цистит обостряется после незащищенного полового акта, или в случае частой смены половых партнёров, то это расценивается как острый цистит, обусловленный заболеваниями, передающимися половым путём.

Вторичный цистит чаще встречается у мужчин при наличии урологических заболеваний (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, простатит, везикулит, колликулит и др.), аномалий мочеполовой системы. Довольно часто острый цистит обуславливается инвазивными манипуляциями (катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия, уретрокопия и др.).

Осложнённый цистит характеризуется наличием основного заболевания (лекарственная аллергия, сахарный диабет, иммуносупрессивная терапия, приём антибактериальных лекарственных средств, химиопрепаратов, предшествующие инфекции других органов и систем организма, лучевая терапия на тазовую область), а также особенным состоянием организма (беременность, пожилой возраст).

Этапы обследования:

1. Тщательный сбор анамнеза (особенности течения рецидивирующих заболеваний мочевыводящих путей, протекающих на фоне инфекций, передающихся половым путём): длительность заболевания более двух лет; наличие поллакиурии вне периода обострения до 11-14 раз в сутки; постоянные выраженные боли над лоном, в области мочеиспускательного канала и влагалища, приводящие к сексуальной и социальной дезадаптации; неэффективность традиционной антибактериальной терапии.
 2. Общий анализ мочи.
 3. Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, при необходимости – биохимические исследования.
 4. Бактериологическое исследование мочи с определением возбудителя и его чувствительности к антибактериальным лекарственным средствам. Другие показания для бактериологического анализа мочи: неясный диагноз; нетипичная клиническая картина заболевания; подозрение на резистентную флору; рецидивирующая инфекция; приём антибактериальных препаратов независимо от диагноза; беременность; эпизоды острого цистита в анамнезе, вызванные не *E. coli*; декомпенсированный сахарный диабет; иммуносупрессия.
 5. Осмотр влагалища с помощью зеркал для исключения анатомических изменений.
 6. Осмотр гинеколога.
 7. Обследование на наличие инфекций, передающихся половым путём (ИППП; двумя методами из трех точек (влагалище, цервикальный канал и мочеиспускательный канал).
 8. УЗИ почек и мочевого пузыря
 9. Экскреторную урографию проводят при необходимости определить состояние почек и мочевого пузыря.
 10. Цистоскопия при активном воспалении противопоказана.
 11. Полное обследование больных может включать рентгенографию поясничного и крестцового отделов позвоночника в двух проекциях, а иногда и их КТ или МРТ.
- Если диагноз цистита в большинстве случаев не вызывает затруднений, то лечение не всегда оказывается эффективным, а прогноз не всегда благоприятным, потому что у многих больных сложно, а порой и невозможно установить и устранить причину заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения: клиническое и микробиологическое выздоровление; профилактика рецидивов; профилактика и лечение осложнений; улучшение качества жизни больного.

Показания к госпитализации:

- Невыясненный диагноз;
- Гематурия;
- Тяжёлое состояние больных, особенно с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, иммунодефицит любой этиологии, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы и др.);
- Осложнённый цистит;
- Интоксикация;
- Цистит на фоне неадекватно функционирующего цистостомического дренажа;
- Неэффективность лечения и невозможность проведения адекватной парентеральной антибактериальной терапии в амбулаторных условиях.

Немедикаментозное лечение:

1. Диета без слишком солёной, острой, раздражающей пищи (стол № 10).

2. Питьё, достаточное для поддержания диуреза 2000-2500 мл (после разрешения дизурии). Питьё должно быть с небольшим мочегонным эффектом, а у больных сахарным диабетом — не-сладким.

3. При рецидивирующем и интерстициальном цистите назначают физиотерапию (внутрипузырная лазертерапия, эндовезикальный ионофорез, фонофорез новокаина и/или глюкокортикоидов и др.).

4. Фитотерапия

5. Медикаментозное лечение

1. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

Острый неосложнённый бактериальный цистит лечат в амбулаторных условиях антибактериальными препаратами, назначаемыми эмпирически. Продолжительность терапии несложнённого цистита, как минимум 5-7 суток, так как терапия «единственной дозой» менее эффективна, чем 5-7 дневное лечение (за исключением фосфомицина, принимаемого однократно). Иногда длительность антибактериальной терапии продолжают до 10 суток, что определяется клиникой заболевания. **Показания к 10-дневному курсу антибактериальной терапии острого цистита:** беременность; возраст пациентов старше 65 лет; рецидив инфекции; наличие сахарного диабета.

При выборе антибиотиков для эмпирической терапии следует руководствоваться следующим: спектр и чувствительность уропатогенов, вызывающих ВЗНМП; эффективность в клинических исследованиях; толерантность; побочные эффекты; доступность.

СХЕМЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА:

1. 1 дневный курс лечения:

фосфомицин 3 г однократно;

2. 3-дневный курс терапии:

макролидный антибиотик;

3. 5-дневный курс терапии: фторхинолон (левобакс, ципробакс);

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Симптоматическая терапия

1. **Анальгетики.** У больных с бактериальным циститом потребность в обезболивающих препаратах возникает редко, однако при интерстициальном, лучевом, химическом цистите боли и выраженная дизурия часто определяют тяжесть состояния больного. **Критерии выбора препарата.** Наиболее приемлемы препараты, имеющие большую выраженность анальгетического эффекта и меньшую гастротоксичность. **Препараты выбора:** диклофенак, пироксикам, мелоксикам, кетопрофен, кеторолак, напроксен, ибупрофен, метамизол.

2. **М-холиноблокаторы** назначают при гиперрефлексии мочевого пузыря для снижения тонуса детрузора мочевого пузыря.

3. **Спазмолитики** – для снижения тонуса гладкой мускулатуры мочевыводящих путей.

4. **Фитопрепараты** – моно и комплексные препараты.

Для того, чтобы избежать полипрагмазии, рекомендуется использовать препараты, обладающие мультипатогенетическим воздействием. Это чаще всего фитопрепараты, что связано с тем, что сегодня мы являемся, с одной стороны, свидетелями терапевтических неудач, ятрогенных осложнений, нарастающих по частоте и тяжести аллергических реакций при применении многих синтетических лекарственных препаратов, а с другой стороны, препараты, приготовленные из лекарственных растений, малотоксичны, имеется возможность проведения длительной курсовой терапии без существенных побочных явлений.

Современная европейская фармакология успешно изучая многовековой опыт лекарственной фитотерапии, позволяет внедрить в медицинскую практику ряд высокоэффективных лекарственных препаратов. Уже давно известно, что лекарственные средства растительного происхождения имеют ряд преимуществ перед синтетическими препаратами: отсутствие осложнений и минимум побочных эффектов; широкий простор для комбинирования и сочетания растительных компонентов, взаимно усиливающих действие. Сочетание традиционных медикаментов и препаратов фитотерапии может ускорить лечебный процесс и привести к наилучшему эффекту. Фитотерапевтические препараты, используемые для лечения острых циститов у женщин, обладают комплексным влиянием на практически все звенья этиопатогенеза.

Особое место среди препаратов этого ряда по данным многочисленных исследователей занимает один из подобных препаратов **ЦИСТИНОЛ АКУТ**. Этот препарат приготовлен толокнянки

обыкновенной (*Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng) и представляет собой шедевр фармакологического искусства. Основными компонентами, содержащимися в листьях толокнянки, являются: фенологликозиды 8—16% (арбутин, метиларбутин, галлотанин, эллаготанин), биофлавоноиды 30—35% (гипериозид, кверцетин, мирицитрин), кислоты: эллаговая кислота, урсоловая кислота, хинная и муравьиная кислота. Также лист толокнянки содержит большое количество калия, кальция, магния, железа, барий, селен, йод, может концентрировать цинк и накапливать марганец, медь и литий.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА ЦИСТИНОЛ АКУТ:

антисептическое, бактерицидное, мочегонное, дезинфицирующее, противовоспалительное, болеутоляющее действие. Также обладает желчегонным и вяжущим действием на желудочно-кишечный тракт. Применяется как диуретическое средство при алиментарных и сердечных отеках. Широко применяют при пиелитах, циститах, уретритах.

Свойства толокнянки обыкновенной *Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng. Лечебный эффект обусловлен содержащимся в листьях гликозидом арбутином (до 8%), который распадается в организме человека на глюкозу и гидрохинин, последний и является действующим веществом лекарств из толокнянки. Кроме арбутина, в листьях содержится много дубильных веществ, а также органические кислоты, фенолы и их производные, флавоноиды, витамины А и С и другие биологически активные соединения.

Антисептическое действие обусловлено гидрохиноном, образующимся в организме при гидролизе арбутина и выделяющимся с мочой. Моча при этом окрашивается в зеленый или темно-зеленый цвет. Мочегонное действие препаратов растения связано также с гидрохиноном. Дубильные вещества, содержащиеся в отваре толокнянки, оказывают вяжущее действие на желудочно-кишечный тракт.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРЕПАРАТА ЦИСТИНОЛ АКУТ:

- Единственный на рынке монопрепарат толокнянки в таблетках
- Высокая эффективность
- Возможность приема с антибиотиками-потенцирование действия антибиотиков,
- Укорочения длительности антибиотикотерапии
- Назначение как замена антибиотиков при непереносимости или не возможности приема их
- Возможность эффективной монотерапии Цистенолом
- Немецкое высокое качество. Мировая известность производителя
- Эффект не зависит от показателей pH мочи
- Антисептическое действие возрастает только в той части, где присутствуют бактерии.

Показания к применению: профилактика и лечение обострений хронических инфекций мочевыводящих путей, в том числе осложненных ЭТБ; профилактика развития инфекций мочевыводящих путей (ИМП), в т.ч. после инструментальных вмешательств (эндоскопические, рентгенологические и гинекологические исследования); острые и хронические ИМП, асимптоматическая бактериурия.

Способ применения и дозы: По 2 таблетки 3 раза в день независимо от приема пищи. Курс лечения составляет 15-30 дней. В случае необходимости препарат может использоваться длительно, повторными курсами.

Побочное действие: Не выявлено.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к любому из компонентов.

Взаимодействие: В случае необходимости целесообразно комбинирование с антибактериальными средствами.

Исходя из этого, нами проведено клиническое изучение эффективности применения препарата ЦИСТИНОЛ АКУТ у пациенток с острыми циститами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Цель работы: оценить эффективность афлазина лечении острого цистита у женщин.

Дизайн исследования:

Дизайн исследования. Под наблюдением находились 72 больных с острым циститом или с обострением хронического цистита женщин в возрасте от 19 до 43 лет (средний возраст составил $28,8 \pm 1,4$ года).

Задачи исследования: изучить эффективность исследуемого препарата; оценить степень удовлетворенности лечением пациентами; изучить переносимость и возможные побочные эффекты исследуемого препарата.

Критерии для включения пациентов в исследование:

- женщины в возрасте 18–55 лет;

- наличие признаков острого цистита или обострения хронического цистита;
- информированное письменное согласие пациентки на участие в исследовании;
- способность пациентки к адекватному сотрудничеству во время исследования.

Критериями исключения из исследования служили:

- индивидуальная гиперчувствительность к компонентам препарата;
- необходимость в назначении не рекомендуемых методов лечения; любые клинически значимые отклонения лабораторных показателей, требующие дополнительного обследования и интерпретации данных;
- заболевания или состояния, которые, по мнению исследователя, могут повышать риск для пациентки либо оказывать какое-либо влияние на задачи исследования;
- отказ пациентки от участия в исследовании;
- возникновение тяжелых побочных явлений, требующих отмены препарата;
- невыполнение режима приема препарата;
- одновременное участие в другом клиническом испытании.

План обследования включал в себя анализ жалоб пациенток, сбор анамнеза, осмотр, общий анализ мочи, посев мочи.

Было набрано 2 группы пациенток. Клиническая группа – 36 пациенток получали комплексное лечение с использованием препарата ЦИСТИНОЛ АКУТ по 2 таблетки 3 раза в день независимо от приема пищи. Курс лечения составляет 15 дней. Контрольная группа – 36 пациенток, получавших только классическую терапию. Результаты оценивались через 2 недели и 1 месяц. Длительность наблюдения после окончания лечения составила 12 месяцев.

Результаты: Все пациентки отмечали значительное улучшение, уменьшалась степень выраженности дизурии, болевого симптома.

Через 2 недели общий анализ мочи нормализовался у 32 (88,8%) из 36 пациенток клинической группы и 25 (69,4%) больных контрольной группы. Через месяц – соответственно у 34 (94,4%) и 31 (86,1%) пациенток через 1 месяц после начала приема препарата.

Результаты бактериологического исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Мониторинг бактериологического исследования мочи.

Возбудитель	Клиническая группа			Контрольная группа		
	До лечения	После лечения	Эффективность лечения (%)	До лечения	После лечения	Эффективность лечения (%)
<i>Escherichia Coli</i>	36 (100%)	1 (2,8%)	97,2	26 (72,2%)	3 (8,3%)	91,7
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	6 (16,6%)	0	100	7 (19,4%)	0	100
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	6 (16,6%)	0	100	5 (13,9%)	1 (2,8%)	97,2
<i>Staphylococcus aureus</i>	17 (47,2%);	1 (2,8%);	97,2	13 (36,1%);	2 (5,6%);	94,4
<i>Streptococcus anhaemolyticus</i>	4(11,1%);	0	100	5 (13,9%);	0	100
<i>Streptococcus faecalis</i>	4 (11,1%)	0	100	4 (11,1%)	0	100
ВСЕГО	36 (100%)	2 (5,6%)	94,4%	36 (100%)	6 (16,7%)	83,3%

Данные таблицы 1 свидетельствуют о высокой общей терапевтической эффективности комплексной терапии с использованием ЦИСТИНОЛ АКУТ (94,4%), в отличие от контрольной группы (83,3%).

Мониторинг бактериологического исследования мочи
(количество больных с наличием инфекции, абс. число).



Рецидив клинических проявлений на протяжении года после приема курса лечения составил в клинической группе 3 (8,3%) обострений на 36 человек, а в контрольной группе 8 (25%) из 32 человек.

Отмечена хорошая переносимость препарата. Побочные реакции в виде на прием препарата ЦИСТИНОЛ АКУТ не отмечены.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности препарата ЦИСТИНОЛ АКУТ, которая составила 94,4% у больных с острым циститом (контрольная группы показала эффективность 83,3%).

2. Рецидив клинических проявлений на протяжении года после приема курса лечения составил в 8,3%, а в контрольной группе 25%, что подчеркивает профилактическую сущность терапии.

3. Полученная как клиническая, так и бактериологическая эффективность препарата, а также отсутствие значительных побочных эффектов, подтверждают целесообразность широкого клинического применения препарата ЦИСТИНОЛ АКУТ для лечения женщин с острым циститом или с обострением хронического цистита.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сексология і андрологія, під ред акад. О.Ф.Возіанова та проф. І.І.Горпинченка \. Вид. "Здоров'я", Київ, 1996
2. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. - Ленинград. - 1984.
3. Мавров И.И., Бухарович В.Г., Глухенький Б.Т. и др. Контактные инфекции, передающиеся половым путем/ Под ред. И.И.Маврова. - К. : Здоровья, 1989. - 230 с.
4. Скрипкин Ю.К., Шарпапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах, Медицина. - 1985. - 284 с.

СОВРЕМЕННАЯ ФИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гурженко Ю.Н., Бойко А.И.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

ВВЕДЕНИЕ. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста. Частота ДГПЖ составляет 10% у мужчин в возрасте до 40 лет, но возрастает до 80% у мужчин в возрасте 75-80 лет. С увеличением продолжительности жизни количество больных, страдающих ДГПЖ, существенно возрастает, в связи с этим проблема этого заболевания является социально важной [1,2]. Современные представления о развитии ДГПЖ доказывают, что патогенез этой болезни является многофакторным:

1. Нарушение метаболизма тестостерона который при воздействии 5- α -редуктазы модифицируется в дигидротестостерон, что способствует пролиферации эпителия предстательной железы (железистой гиперплазии).
2. Изменение в виде относительного повышение уровня эстрогенов приводит к пролиферации клеток стромы (стромальной гиперплазии).
3. Уменьшение концентрации 5- α -андростендиола приводит к увеличению функциональной активности α_1 -адренорецепторов предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры, что приводящим к сокращению гладкой мускулатуры этих органов. А это, в свою очередь формирует динамический компонент феномена мочеиспускания. Так генерируются ирритативные симптомы заболевания.
4. Нарушение микроциркуляции в ткани предстательной железы приводит к формированию метаболических изменений, а также уретро-простатический рефлюкс вследствие повышения внутриуретрального давления вызывает асептический воспалительный процесс. Он сопровождается отеком железы. Так формируется обструктивный компонент клинической картины ДГПЖ. Высвобождение лимфоцитами тромбоцитоподобного фактора роста вследствие асептического воспалительного процесса играет важную роль в генезе пролиферации простатических клеток.
5. Иммунные проявления воспалительного процесса в предстательной железе также способствуют формированию дизурической симптоматики.

Для практических врачей урологов и андрологов предложена простая клиническая классификация ДГПЖ, предусматривающая три стадии.

Первая стадия (стадии компенсации). У больных имеют место расстройства акта мочеиспускания при полном опорожнении мочевого пузыря, больные отмечают вялую струю, появление императивных позывов, особенно по ночам, несколько затрудненное мочеиспускание, но патологических изменений со стороны почек и верхних мочевых путей в этой стадии заболевания нет. Максимальная скорость мочеиспускания при УФМ составляет 10-15 мл/сек.

Вторая стадия заболевания (стадия субкомпенсации) характеризуется значительным нарушением функции мочевого пузыря и появлением остаточной мочи. Струя становится истонченной и очень вялой, больной после акта мочеиспускания испытывает чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, так как после акта мочеиспускания часть мочи остается в мочевом пузыре, количество остаточной мочи достигает 100-200 мл и более. Может быть острая задержка мочеиспускания, нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей, нарушается функция почек. Максимальная скорость мочеиспускания при УФМ составляет 5-10 мл/сек.

Третья стадия болезни (стадии декомпенсации) развивается полная атония мочевого пузыря, возникает парадоксальная ишурия и расширение верхних мочевых путей, прогрессирует нарушение функции почек. Максимальная скорость мочеиспускания при УФМ составляет менее 5 мл/сек.

Эта классификация способствует правильному подбору группы препаратов для лечения ДГПЖ. При первой стадии рекомендуется применение препаратов растительного происхождения. Вторая стадия предусматривает использование α_1 -адреноблокаторов или ингибиторов 5- α -редуктазы. Эти препараты можно комбинировать с фитопрепаратами. Третья стадия требует хирургического лечения (если есть такая возможность по состоянию здоровья больного) с последующей терапией α_1 -адреноблокаторами или ингибиторами 5- α -редуктазы. [1,3,4].

Поскольку α_1 -адреноблокаторы и ингибиторы 5- α -редуктазы обладают очень хорошей эффективностью, но и некоторыми побочными явлениями, а в первой стадии ДГПЖ можно эффективность лечения заболевания и улучшения качества жизни пациентов составляет от 70 до 90% по разными показателям, вся фармакологическая наука разрабатывает большое количество подобных препаратов. Растения являются исторически самым древним источником биологически активных веществ. Препараты растительного происхождения имеют ряд преимуществ перед медикаментами химического синтеза. Они обладают лучшей переносимостью, содержат природные соединения, к которым человек эволюционно приспособлен, обладают высокой биодоступностью и большой широтой терапевтического действия, а также минимумом побочных эффектов [3,5,6].

Еще у древних шумеров (территория современной Германии, около 1750 г. до н.э.) можно найти рецепты для лечения расстройств мочеиспускания у мужчин с применением лекарственных растений: петрушка, сельдерей, зверобой, брусника, крапива, тыква, осина и т.д.

Уникальный химический состав растений позволяет комплексно воздействовать на весь организм, тонко регулируя патологические сдвиги. Особенностью этих фитопрепаратов является то, что большинство из них обладают многофакторным действием практически на все звенья патогенеза ДГПЖ, тогда как синтетические препараты, как правило, обладают только одним определенным свойством.

Преимущества фитотерапии в лечении ДГПЖ:

- Фитотерапевтические препараты обладают выраженной терапевтической активностью и меньшим спектром побочных эффектов, чем синтетические препараты.
- Широкий диапазон терапевтического действия и незначительная токсичность позволяют длительно применять фитопрепараты без риска осложнений, особенно если учитывать возраст больных и сопутствующую патологию.
- Фармакодинамика фитопрепаратов позволяет влиять на несколько патогенетических звеньев.
- Адекватное модулирующее влияние этих препаратов на иммунитет, обмен веществ (гиполипидемическое, антисклеротическое действие).
- Лечение фитопрепаратами возможно в амбулаторных условиях
- Фармакоэкономические показатели (стоимость курса лечения) фитопрепаратами меньше нежели использование химиотерапевтических средств.
- Большой ассортимент фитопрепаратов позволяет индивидуализировать терапию, провести адекватную замену.

Механизм действия фитопрепаратов при ДГПЖ поливалентен:

1. Противовоспалительное.
2. Антиоксидантное.
3. Блокатор 5 α -редуктазы и ароматазы
4. Улучшение функции детрузора.
5. Антиандрогенное и/или антиэстрогенное.
6. Воздействие на фактор роста (антипролиферативное действие).
7. Уменьшение уровня глобулина, связывающего половые гормоны.
8. Изменение обмена простагландинов.
9. Цитотоксическое влияние на гиперплазированные клетки предстательной железы.

Наиболее часто при лечении больных с ДГПЖ используются: пальма *Serenoa repens*, африканская слива *Rugosa africana*, африканский картофель, тыква, черный тополь, эхинацея, крапива, трава дурнушника колючего, листья осины, золотарник и много других. Эффективность этих растений при ДГПЖ обусловлена присутствием в них фитостеролов. Механизм действия фитостеролов совпадает с механизмом действия фитопростатопротекторов: ингибирование синтеза простагландинов в простате; сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половые гормоны; цитотоксическое влияние на клетки простаты; блокирующее действие на андрогеновые рецепторы; ингибирование пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста; блокада 5 α -редуктазы.

Поэтому среди растительных средств важно выбрать препарат с максимальным количеством механизмов действия на патогенез ДГПЖ. Действие простамед многопланово. Он содержит компоненты тыквы (*Cucurbita pepo* var *steriaca*), обладающие антипролиферативным действием, а также экстракт золотарника и экстракт листьев осины, которые в совокупности обеспечивают противовоспалительное, антимикробное, болеутоляющее действие, повышающее тонус детрузора и снижающее гиперэстезию мочевого пузыря. Особенно важной его составной частью является тыквенный глобулин и глутаминовая кислота, которые действуют каталитически на протеиновый биосинтез и тем самым тормозят пролиферацию тканей предстательной железы.

ЦЕЛЮ РАБОТЫ было оценить эффективность и переносимость препарата простамед, производства фармацевтической компании «Др. Густав Кляйн» у больных, страдающих ДГПЖ I стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении сексопатологии и андрологии Института урологии АМН Украины в динамике обследовано и пролечено 37 пациентов, страдающих ДГПЖ I, у которых отсутствовали прямые показания к оперативному лечению.

Обследование больных начиналось с тщательного сбора анамнеза, в ходе которого выяснялись основные жалобы, время возникновения и динамика течения заболевания, предрасполагающие факторы и сопутствующие патологические процессы. Проводилась объективная

оценка наружных половых органов, ультразвуковое, а также ректальное пальцевое исследование предстательной железы.

Пациенты получали ПРОСТАМЕД по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 30 дней. Клиническое состояние больных оценивали до начала лечения и после 30 дней приема препарата.

Субъективными критериями оценки эффективности действия препарата являются: улучшение общего состояния пациента; уменьшение дизурических явлений (поллакиурии, никтурии, странгурии). Объективными критериями нами были приняты: международная оценка шкалы симптомов (IRSS), определение индекса качества жизни (QoL), УЗИ предстательной железы, объем остаточной мочи, объем предстательной железы, максимальная скорость мочеиспускания..

Возраст обследованных пациентов был в пределах от 46 до 62 лет. Продолжительность заболевания - от 1 до 6 лет. Больные предъявляли типичные для ДГПЖ жалобы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 11 (29,7%) больных положительная динамика отмечалась после уже 10 дневного приема препарата, у 29 (78,4%) – после месячного приема.

Ультразвуковое исследование проводилось с целью определения продольного и поперечного размеров предстательной железы, ее объем, количество остаточной мочи. Результаты УЗИ представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Изменение показателей УЗИ предстательной железы в ходе лечения (n=37)

	До лечения	После лечения	Достоверность
Продольный размер	4,6±0,3	4,2±0,2	>0,05
Поперечный размер	4,4±0,6	4,1±0,8	>0,05
Объем (г) V	34,7±1,6	32,8±1,5	>0,05
Количество остаточной мочи (мл) RU	36,2±2,3	33,7±2,6	>0,05

Как свидетельствует таблица 1, достоверных различий продольного и поперечного размеров предстательной железы как до, так и после лечения выявлено не было, несмотря на некоторую тенденцию к уменьшению размеров предстательной железы после лечения. Вероятно, для получения более выраженных положительных изменений необходим более продолжительный прием исследуемого препарата.

Оценку терапевтической эффективности препарата ПРОСТАМЕД на основании урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Изменения урофлуорометрических показателей, индекса IPSS и качества жизни

Показатели	До лечения	После лечения	Достоверность
IPSS (баллы)	12,8±1,3	5,3±1,0	<0,05
Индекс качества жизни (баллы)	4,8±0,3	2,6±0,2	<0,05
Объемная скорость мочеиспускания, мл/с	11,2±1,1	16,2±1,1	<0,05
Время мочеиспускания, с	24,2±2,1	14,6±1,4	<0,05
Количество мочеиспусканий за ночь	2,5±0,4	1,1±0,2	<0,05

Результаты таблицы 2 свидетельствуют практическую нормализацию мочеиспускания у больных после приема препарата ПРОСТАМЕД. На уменьшение дизурических явлений и отрицательных ощущений показывают выраженные изменения показателей индекса IPSS и качества жизни.

После окончания курса лечения была произведена оценка эффективности препарата ПРОСТАМЕД пациентами и исследователями. Результаты оценки представлены в таблице 3.

Таблиця 3.

Оценка эффективности препарата ПРОСТАМЕД

Оценка эффективности	Исследователем		Пациентом	
	к-во пациентов	%	к-во пациентов	%
Отсутствие	5	13,5	6	16,2
Низкая	7	18,9	8	21,6
Достаточная	14	37,8	13	35,2
Высокая	11	29,8	10	27,0

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты склонны оценивать эффективность лечения изучаемым препаратом несколько ниже, чем исследователи. По нашему мнению, этот факт объясняется особенностями психического статуса больных данной категории, а также значительной длительностью заболевания и неоднократным опытом его лечения. Подобные факторы, а также определенный нажитый скептицизм заставляют обследованных давать лечению более сдержанную оценку. Тем не менее, эффективность лечения как достаточную или высокую пациенты отметили в 23 (62,2%), а исследователи - в 25 (67,6%) случаев из 37 больных, что указывает на терапевтическую ценность препарата ПРОСТАМЕД. За время лечения изучаемым лекарственным средством побочные эффекты отмечены не были.

Таким образом, на основании полученных в ходе испытания данных можно сделать следующие выводы.

1. Препарат ПРОСТАМЕД является достаточно эффективным средством симптоматического лечения ДГПЖ. Эффективность лечения препаратом составила по данным пациентов 62,2%, по данным исследователей – 67,6%.
2. Несмотря на положительную динамику, улучшение изучаемых показателей зачастую не было достоверным. По нашему мнению, эффективная длительность приема исследуемого препарата должна составлять не 30 дней, а, по крайней мере, 3 – 6 месяцев.
3. Препарат ПРОСТАМЕД хорошо переносится пациентами не дает побочных эффектов.
4. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ПРОСТАМЕД для симптоматического лечения ДГПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возіанов О.Ф., Пасечніков С.П., Павлова Л.П. Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України // Урологія. - 2001. - № 4. - С. 3-6.
2. Cockett A, Aso Y, Denis L 2nd Int.Consultation on Benign Prostate Hyperpalsia. - Paris, 1993.
3. Kirby RS, Christmas TJ. Benign pro-static hyperplasia. - Mosby, 1997.
4. Переверзев А.С., Сергиенко Н.Ф. Аденома предстательной железы. -К., 1998.-277с.
5. Harnischfeger G., Stolze H. Serenoa repens - Die Sagezahnpaime Zeitschr Phytothera 1989.- №10.- p.71-76
6. Matteif M. et al. (1990) Medikamentose Therapie der benignen Prostatahyperplasie mit einem Extrakt der Sagepaime TW Urol Nephrol.=1990.-№2.- p. 346-350

МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОВТРАТИ ПР ТРАНСУРЕТРАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ

Зайцев В.І., Аль Куд Басель, Проданчук І.Г.
Буковинський державний медичний університет

Доброякісна гіперплазія простати (ДГП) є одним з найбільш розповсюджених захворювань чоловіків після 50-ти. Вважається, що до 60-90% чоловіків старше 60 років мають гістологічні ознаки ДГП, а 25-50% - дизуричні розлади, до яких натеper використовують термін «симптоми нижніх сечових шляхів» (СНСШ). Кожен чоловік віком 40 років має 30% шанс перенести операцію на простаті (25 років тому – 10%).

Основною зміною при ДГП є анатомічне збільшення органу, що призводить перш за все до зменшення діаметру уретри та порушення відтоку сечі. В той же час, далеко не всі клінічні прояви, які донедавна пов'язували з ДГП, можна пояснити власне анатомічним її збільшенням, тому останнім часом за рекомендацією Європейської Асоціації урологів поняття СНСШ та ДГП вважають різними захворюваннями. Одним з головних аргументів для такого перегляду став доведений факт відсутності достовірного зв'язку між вираженістю СНСШ та розмірами простати. Термін «доброякісна гіперплазія простати» рекомендується використовувати перш за все як гістологічний діагноз, а СНСШ оцінують як поліетіологічний стан, одним з чинників якого може бути ДГП.

«Золотим стандартом» у лікуванні ГПЗ є трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). ТУРПЗ поєднує мінімальну травматичність з високим ступенем радикальності. Короткий післяопераційний та реабілітаційний період зменшують час перебування пацієнта в стаціонарі, що дає значний економічний ефект. Проте, при проведенні ТУРПЗ можливе виникнення ускладнень. Зокрема: інтраопераційні кровотечі (15%), неутримання сечі (0,8%), еректильна дисфункція (15,7%), ретроградна еякуляція (68%), синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром – до 10%).

Тактика лікування ДГП залежить від стадії патологічного процесу та наявності ускладнень. За умов відсутності ускладнень та незначних проявів захворювання можливе лише спостереження з обов'язковим обстеженням хворого лікарем-урологом 1 раз на рік. Погіршення стану хворого, прогресування симптоматики є показами до активної лікувальної тактики: терапевтичні засоби, термотерапія, малоінвазивні та радикальні хірургічні втручання.

“Золотим стандартом” у лікуванні ДГП визнана трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). Проте, слід зазначити небезпеку виникнення ускладнень при проведенні ТУРПЗ (ТУР-синдром, інтраопераційні кровотечі, травма уретри, перфорація сечового міхура, пошкодження органів черевної порожнини та ін.), а також обмеження ТУРПЗ розмірами простати (даний спосіб рекомендований при розмірах простати до 100 см³). Одним із найбільш небезпечних інтраопераційних ускладнень трансуретральної резекції є кровотечі, тому визначення кількості інтраопераційної крововтрати має важливе значення в роботі уролога та анестезіолога при проведенні ТУРПЗ.

Відомо, що кровотеча під час ТУРП достатньо точно корелює з вагою резекційної тканини, тривалістю операції та майстерністю і досвідченістю хірурга. Відомо, що в середньому крововтрата складає 15 мл на грам резекційної залози, але цей показник може значно варіювати зі збільшенням тривалості операції. Оцінка крововтрати при ТУРП складна у зв'язку з постійною іригацією. При цьому звичайна адаптаційна відповідь серцево-судинної системи на крововтрату дещо змита за рахунок часткового відновлення ОЦК при абсорбції іригаційної рідини. Тому визначення кількості інтраопераційної крововтрати має важливе значення. Крім того, від ступеня крововтрати напряду залежить алгоритм дій анестезіолога та хірурга безпосередньо під час операції.

Тому нами розроблено спосіб визначення вмісту гемоглобіну у плазмі хворого та промивній рідині, а також розрахунок об'єму промивної рідини, що потрапила до судинного русла. Основу способу складають розроблений алгоритм, який включає визначення маси тіла пацієнта до та після операції, врахування об'єму перелитої та втраченої рідини, а також визначення вмісту втраченої крові в промивній рідині.

Даний спосіб нами був апробований на 24 пацієнтах, оперованих з приводу ДГП. Крововтрата під час операції коливалась між 205 до 1143 мл. Було відзначено, що в більшості випадків ступінь крововтрати відповідала стану пацієнта, перш за все змінам стану серцево-судинної системи протягом операції. Також відзначалось, що суб'єктивна оцінка хірургом крововтрати часто не відповідала реальному її ступеню, що створює потенційну небезпеку недооцінки даного ускладнення. Дані результати є попередніми та потребують подальшого аналізу з визначенням взаємозв'язку між станом серцево-судинної системи, активністю та кількістю крововтрати та можливістю появи ускладнень, перш за все ТУР-синдрому. Подальша розробка даному методу може допомогти вчасному виявленню передумов для появи ТУР-синдрому та його попередженню або вчасному лікуванню.

КОМБИНИРОВАННАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Эксперты Европейской ассоциации урологов разработали рекомендации по хронической тазовой боли (ХТБ) для того, чтобы у медицинских работников была возможность оценивать лечебные мероприятия, проводимые по поводу ХТБ с позиций доказательной медицины. Впервые клинические рекомендации по СХТБ были опубликованы в 2003, затем в 2007, 2008, 2012 и 2014 гг. в них были внесены частичные изменения.

Определение ХТБ - боль, которая локализуется в области таза и может встречаться как у мужчин, так и у женщин и не связана со злокачественными новообразованиями. В соответствии с

классификацией боли ноцицептивную боль можно считать хронической в том случае, если она длится или рецидивирует в течение 6 мес. Независимо от длительности ее можно считать хронической, если доказано, что механизм образования заключается в повышении чувствительности нейронов ЦНС и не совпадает с механизмом развития острой боли. Хронический болевой синдром во всех случаях приводит к отрицательным изменениям со стороны высшей нервной деятельности (познавательной и поведенческой функции), а также негативно сказывается на эмоциональном состоянии человека и его половой жизни.

Простатический болевой синдром - персистирующая или рецидивирующая боль в области простаты, при которой отмечаются симптомы половых расстройств и нарушения мочеиспускания. Отсутствует инфекционное поражение или явная патология органа. Данная формулировка одобрена Национальным институтом здравоохранения США (National Institutes of Health, NIH). Также данная организация поддерживает использование классификации простатита и введение формулировки «синдром хронической тазовой боли». Согласно классификации NIH существует 2 типа простатического болевого синдрома: тип А (воспалительный) и тип В (не воспалительный).

ХП/СХТБ - состояние, при котором пациент испытывает неприятное или болевое ощущение в области таза как минимум в течение 3 мес. При этом в семени, простатическом секрете и моче, собранных после массажа ПЖ, отсутствуют инфекционные возбудители и имеется значительное или незначительное количество лейкоцитов. В соответствии с классификацией ХП/СХТБ, предложенной Национальным институтом по изучению сахарного диабета, заболеваний пищеварительной системы и патологий почек (NIDDK), подобная картина заболевания соответствует простатиту III степени. На данный момент отсутствуют клинически релевантные диагностические исследования или терапевтические результаты, которые позволили бы отличить воспалительный ХП/СХТБ (НИЗ, степень IIIА) от невоспалительного (НИЗ, степень IIIВ). Поэтому в настоящее время в клинической практике не различают воспалительный и невоспалительный варианты этого заболевания. Данное заболевание называется «простатический болевой синдром» (ПБС).

Диагноз «простатический болевой синдром» - симптоматический, его устанавливают при наличии генито-уринарной боли, длящейся 3 мес. и более, и при отсутствии какой-либо иной патологии НМП. Определение тяжести заболевания, степени его прогрессии и эффекта от проводимого лечения осуществляется путем специальных валидных шкал, как методов оценки. Необходимо оценивать качество жизни пациента, так как при этом заболевании оно может быть таким же низким, как и при остром инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии или болезни Крона. Общепринятыми способами, позволяющими при анализе симптомов наиболее точно определить тяжесть заболевания и качество жизни пациента, служат шкала индекса симптомов ХП НИЗ США (NIU-CPSI) и Международная система суммарной оценки симптомов при заболеваниях ПЖ (I-PSS).

В ходе исследований уродинамики у пациентов с ПБС : сниженная скорость тока мочи, неполная релаксация шейки мочевого пузыря и простатической уретры, а также патологически высокое давление закрытия уретры. Наружный сфинктер мочеиспускательного канала во время мочеиспускания находится в норме. Классическая лабораторная диагностика заболевания основана на проведении 4-стаканной пробы для бактериальной локализации («золотой стандарт»). У пациентов с ПБС при проведении подобных исследований получают следующие результаты: отсутствие бактерий в моче, полученной до проведения массажа ПЖ, не более 10 000 колониеобразующих единиц патогенных микроорганизмов при посеве секрета ПЖ, полученного путем ее массажа, и небольшое число лейкоцитов в семени или незначительный рост бактерий при посеве семени. Однако данный метод исследования для практикующего уролога будет слишком сложным. Диагностической эффективности с минимальными финансовыми затратами можно добиться при выполнении несложных скрининговых исследований, например 2-стаканной пробы или ППМТ. При тщательном анализе результатов, полученных при выполнении ППМТ, и сопоставлении их с данными, полученными при исследовании 2-стаканной пробы мочи, точность первого достигает 96 % и более.

В связи с тем что этиология ПБС не установлена, большинство схем лечения базируется на жалобах больного. Многие пациенты нуждаются в комбинированной терапии, учитывающий сопутствующие заболевания и направленной на купирование основных симптомов. Благодаря результатам, полученным при проведении РКИ, удалось прийти к стандартам и ввести в клиническую практику новые методы лечения.

Альфа-адреноблокаторы. Положительные результаты РКИ альфа-адреноблокаторов теразозина, алфузозина, доксазозина и тамсулозида в последние годы привели к их широкому

использованию для лечения ПБС. Эффекты антагонистов альфа-адренорецепторов, возможно, включают улучшение оттока мочи благодаря угнетению альфа-адренорецепторов шейки мочевого пузыря и ПЖ и прямому влиянию на альфа-1A/1D-рецепторы ЦНС.

Современная лекарственная форма уроселективного альфа1-адреноблокатора тамсулозина в виде гранул, помещенных в капсулу, позволяет обеспечить пролонгированное поступление препарата в организм на протяжении 24 часов. Флосин не оказывает клинически значимого воздействия на кровяное давление, обеспечивая контроль симптомов гиперплазии простаты в течение суток, быстро увеличивая максимальную скорость мочеиспускания.

Антибиотикотерапия. Эмпирическая антибиотикотерапия применяется достаточно часто, так как некоторые пациенты на фоне ее проведения чувствуют значительное улучшение состояния. Пациентам, которые отвечают на антибиотикотерапию, следует назначать ее в течение 4-6 недель или даже на более длительный срок. К сожалению, показатели содержания бактерий, лейкоцитов или антител в простатическом секрете не предсказывают ответ на антибиотикотерапию у пациентов с ПБС.

Нестероидные противовоспалительные препараты. Комплексное применение анальгетиков (дексалгин), неспецифических противовоспалительных препаратов (диклоберл), нестероидных противовоспалительных средств (нимесил) обеспечивают высокую эффективность при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний и хорошо зарекомендовали себя в лечении синдрома хронической тазовой боли.

Кортикостероиды. Улучшение состояния пациентов при назначении кортикостероидов отмечалось чрезвычайно редко.

Ингибиторы 5-альфа-редуктазы способны облегчать боль и выраженность симптомов нарушения мочеиспускания (финастерид)

Аллопуринол предотвращает рефлюкс мочи в протоки ПЖ приводит к накоплению в них высоких концентраций метаболитов пурина и пиримидина, результатом чего является воспаление железы.

Фитотерапия. Применение растительного экстракта плодов пальмы *Serenoa repens* на постоянно основе в суточной дозе 320 мг является эффективным и безопасным способом лечения СХТБ и проведения профилактики прогрессирования гиперплазии предстательной железы. Данный фитопрепарат в виде лекарственной формы: Простамол-уно обеспечивает противовоспалительный и противоотечный эффекты с минимальными побочными действиями.

Поддерживающая терапия. Мониторинг состояния больного, назначение ЛФК и обучение пациента упражнениям, снижающим тонус мышц, изменение образа жизни (диета, отказ от езды на велосипеде), акупунктура, мануальная терапия, электромагнитная терапия. Наблюдался благоприятный эффект от проведения теплотерапии.

Хирургические методы лечения включают трансуретральное рассечение шейки мочевого пузыря, радикальную трансуретральную резекцию ПЖ и радикальную простатэктомию. Они играют ограниченную роль требуют дополнительных специфических показаний

ПЕРШИЙ ДОСВІД ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ (ТУР) ПРИ ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ДГПЗ)

Мазурик О.А., Базаринський О.Г., Базаринський Г.Г.

ДЗ ДКЛ ст. Харків СТГО „ПЗ” (Дорожня клінічна лікарня станції Харків - урологічне відділення)

Актуальність: Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) це найбільш розповсюджене захворювання в урології серед чоловіків похилого віку. Епідеміологічні дані свідчать, що гістологічні ознаки ДГПЗ є у 50% чоловіків у віці від 50 до 60 років, та 88% чоловіків у віці від 70 до 80 років. Пацієнти з ДГПЗ складають значну частину всього континенту урологічних стаціонарів. Переважна більшість з них потребує хірургічного лікування. Розвиток малоінвазивних технологій призвели до розвитку альтернативних відкритій хірургії ендоурологічних методів лікування ДГПЗ, а саме трансуретральної резекції (ТУР).

Матеріали і методи: ТУР виконувалась з використанням резектоскопа „Крыло” модифікованим з апаратурою компанії „Ендомедіум”, ”Karl Storz”. Наповнення сечового міхура проводилось розчином „Турусол”. Резекція виконувалась від шийки сечового міхура до сім'яного горбка.

В дослідження увійшли 126 пацієнтів з ДГПЗ, яким була виконана ТУР простати. Середній вік пацієнтів склав 71 рік. Мінімальний вік 55 років, максимальний 87 років. Всі пацієнти були обстежені згідно стандартів, а також пройшли анкетування шляхом заповнення шкали симптомів IPSS. Пацієнтам з рівнем ПСА вище 4 нг/мл виконувалась трансректальна біопсія простати. Після морфологічного підтвердження діагнозу всі пацієнти були прооперовані. Середній об'єм простати складав від 65 см³ до 88 см³.

Мета роботи: Проаналізувати результати лікування хворих на ДГПЗ методом ТУР.

Результати: Згідно отриманих даних, середня тривалість оперативного втручання склала 70 хвилин. Середній час перебування пацієнта у стаціонарі 5 діб. В післяопераційному періоді в деяких випадках були виявлені наступні ускладнення: еритроцитурія - 12 хворих, дизурія - 14 хворих, асептична лейкоцитурія - 24 хворих, тривале нетримання сечі - 8 хворих, сексуальна дисфункція - 2 хворих. В перші часи після операції у 2 пацієнтів відмічалась гемотампонада сечового міхура, яка була ліквідована консервативно. Також відмічались поодинокі інфекційні ускладнення.

Висновки: Методика ТУР простати має ряд переваг:

- візуалізація операційного поля та безпечність проведення втручання.
- можливість швидкого видалення катетера з сечового міхура, що запобігає виникненню катетер-асоційованої інфекції та сприяє скороченню перебування в стаціонарі
- можливість проведення втручання хворим, у яких є протипоказання до відкритої аденомектомії.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ. НАШ ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Дулепин А.В.¹, Приходько А.В.¹, Бурман Ю.С.¹, Краснов В.Н.²,
Полион Н.Ю.², Украинец Е.П.², Квятковский Е.А.³, Коштура В.В.⁴*

1. КУ «Д 12 ТМО» ДООС», 2. КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДООС», 3. КУ «Д 9 ГКБ» ДООС»,
4. КУ «Д 6 ГКБ» ДООС»г. Днепрпетровск

С возрастом значительно увеличивается число больных с различными расстройствами функции нижних мочевых путей, особенно это относится к гиперактивному мочевого пузыря (ГАМП). ГАМП – это клинический синдром, подразумевающий urgentные позывы на мочеиспускание с наличием или без urgentного недержания мочи, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием (число мочеиспусканий > 8 раз в сутки) и ноктурией (2 и более ночных пробуждений для мочеиспускания). Диагноз устанавливают при отсутствии каких либо гормональных, метаболических или других очевидных заболеваний (инфекция мочевых путей, рак мочевого пузыря, аденома простаты и т.д.), способных вызвать имеющиеся симптомы. Urgентность (внезапный непреодолимый позыв на мочеиспускание) является ключевым симптомом, без которого диагноз ГАМП неправомерен, в отличие от жалоб на недержание мочи, которое может отсутствовать. Urgентное недержание мочи или, так называемый, «мокрый» ГАМП встречается у 1/3 больных ГАМП.

ГАМП оказывает выраженное негативное влияние на все сферы жизни пациента – профессиональную, сексуальную, физическую, эмоциональную и семейную. Выделяют ряд состояний, которые могут быть независимой от возраста причиной ГАМП, усугубить его течение или способствовать развитию сходных симптомов. В первую очередь к ним относят неврологические расстройства. Нарушение контроля над накопительной функцией мочевого пузыря может быть следствием супрасакральных повреждений, таких как рассеянный склероз, травмы и вертеброгенные заболевания спинного мозга и супраспинальных нарушений в результате цереброваскулярных заболеваний, болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера и т.д. Постменопаузальный период также связан с повышенным риском развития ГАМП. Однако роль половых гормонов при этом не ясна. Результаты применения заместительной гормональной терапии у таких больных неоднозначны, и вместо улучшения могут приводить к ухудшению симптомов ГАМП.

Распространенность ГАМП заметно увеличивается с возрастом. Каждый 6-й житель планеты страдает симптомами ГАМП: 17% лиц женского пола и 16% мужского. В целом только 16% больных обращается за помощью. Препятствиями к оптимальному лечению ГАМП являются неправильное восприятие пациентами и клиницистами этого состояния. Большинство пациентов и врачей полагают, что симптомы ГАМП естественный процесс старения и его невозможно лечить. Понимание патофизиологии ГАМП и знание нормальной функции мочевого пузыря должно привести к улучшению лечения пациентов страдающих симптомами гиперактивности мочевого пузыря.

Понимание патофизиологии ГАМП способствует эффективному лечению этого синдрома. Нормальная функция нижних мочевыводящих путей (НМП) складывается из сложного скоординированного взаимодействия между корой головного мозга, мостом, спинальными центрами (с периферической автономной, соматической, сенсорной афферентной и эфферентной иннервацией НМП) и анатомических компонентов нижних мочевых путей. Возникновение дисфункции НМП может быть связано с функциональными или морфологическими изменениями на любом уровне этой сложной цепи.

Как правило, ГАМП можно классифицировать в соответствии с этиологическими причинами: нейрогенными (заболевания и повреждения позвоночника и спинного мозга), миогенными (обструкция на фоне гиперплазии предстательной железы), воспалительными (интерстициальный цистит) или идиопатическими. Независимо от этиологической причины ГАМП проявляется характерным комплексом признаков. К ним относятся внезапное повышение внутрипузырного давления при небольшом объеме мочевого пузыря, повышение спонтанной миогенной активности, изменением ответа на стимуляцию, тетанические сокращения детрузора и характерные изменения ультраструктуры гладкой мускулатуры детрузора.

У пациентов с ГАМП могут наблюдаться разнообразные морфологические изменения детрузорной мышцы. Они заключаются в неоднородной денервации, увеличении плотности сенсорных нейронов, усилении активности спинального рефлекса мочеиспускания (возвращение к детскому типу опорожнения мочевого пузыря). В основе лежит так называемая детрузорная гиперактивность (ДГ) с непроизвольными сокращениями мышц мочевого пузыря с амплитудой более 5 см водн. ст., возникающими спонтанно или вызванными специально, несмотря на попытки подавления их волевым усилием. Детрузор при малонаполненном мочевом пузыре посылает ложные сообщения в мозг, что и приводит в конечном итоге к ранним неудержимым позывам к мочеиспусканию. Это заставляет срочно заняться поисками туалета.

В 1/3 случаев ДГ имеет нейрогенную природу. В остальных ее установить не удастся (идиопатическая ДГ). Необходимо обратить внимание, что не всегда при симптомах ГАМП находят ДГ. Для ГАМП характерны увеличение содержания нервного фактора роста и гипертрофия нейронов парасимпатических ганглиев с частичной денервацией, микроструктурными изменениями и увеличением числа межклеточных соединений гладких мышц детрузора, которые наряду с повышением чувствительности его мускариновых рецепторов создают условия для непроизвольных сокращений мышц мочевого пузыря. Любое спонтанное или спровоцированное сокращение отдельных миоцитов запускает приступ ГАМП с вытекающими последствиями.

В мочевом цикле происходят следующие изменения. Во-первых, снижается физиологический функциональный и образуется остаточный после мочеиспускания объем мочи, уменьшаются пороговое давление и объем мочеиспускания. Позывы к мочеиспусканию (иногда с НМ) появляются при объеме мочи в мочевом пузыре всего в 50–150 мл. Во-вторых, сокращается по времени фаза накопления. И в-третьих, утрачивается способность произвольной отсрочки мочеиспускания.

Основные клинические признаки

- частое мочеиспускание (более 8 раз в сутки);
- два и более ночных мочеиспусканий;
- два и более эпизода императивного позыва или ургентного НМ в сутки;
- отсутствие системных (например, травма центральной нервной системы, метаболические нарушения при сахарном диабете, др.) и/или локальных патологических факторов (инфекция мочевых путей, интерстициальный цистит, конкременты, др.), способных вызывать схожие симптомы.

Признаки ГАМП усиливаются во время стресса, при употреблении содержащих кофеин жидкостей и алкоголя. Страдающие ГАМП боятся выпить даже немного жидкости перед выходом из дома, знают наизусть расположение всех туалетов в месте обитания. Имеют «вечных спутников» – тряпки, прокладки, памперсы.

При постановке диагноза на первом этапе выявляется дисфункция нижних мочевых путей и ее возможные причины. Для этого проводят тщательное интервьюирование (жалобы, анамнез) и изучают дневник мочеиспусканий пациента. Дневник заполняется пациентом на протяжении не менее 72 часов до осмотра с отметкой частоты и объемов мочеиспускания каждые два часа в дневное время и отдельно (по числу мочеиспусканий) в ночное время. Кроме этого, проводят клинический осмотр с исследованием rectum и pervaginum, общий, биохимический и бактериологический анализ крови и мочи.

На втором этапе осуществляется дифференциальная диагностика обусловивших дисфункцию нижних мочевых путей патологических состояний, включающая ультразвукографию мочевой системы с определением остаточного объема мочи, по показаниям рентгенологическое (в том числе томографическое) исследование позвоночника, головного мозга и мочевой системы, экскреторную урографию, цистографию и восходящую уретрографию. При необходимости осуществляется эндоскопическое исследование нижних мочевых путей.

На третьем этапе определяются тип дисфункции и тактика лечения, для чего осуществляются неврологический осмотр с оценкой ментального статуса, сенсорной чувствительности, моторной функции и рефлексов; уродинамическое исследование (выявление диагностических колебаний детрузорного давления) и электромиография мочевого пузыря.

Пациент может настаивать на скорейшем начале лечения до завершения всех диагностических процедур, и отказывать ему в этом не следует. Заметим специально, что термин ГАМП как клинический синдром был введен именно для возможности быстрого назначения эмпирической терапии. Диагноз ГАМП ставится методом исключения аномалий мочевого пузыря и уретры, инфекции мочевых путей и половых органов, камня в мочевом пузыре, интерстициального цистита, гиперплазии простаты, стриктуры уретры, рака простаты, везикоптозапри цистоцеле, заболеваний периферической и центральной нервной системы, травм, других состояний.

Лечение больных ГАМП направлено прежде всего на восстановление утраченного контроля за накопительной способностью мочевого пузыря. При всех формах ГАМП основным методом лечения является медикаментозный. Антихолинергические средства (М–холиноблокаторы) являются стандартными препаратами такого лечения. Эти препараты используют как в качестве монотерапии, так и в комплексе с другими лекарственными препаратами. Механизм действия антихолинергических препаратов заключается в блокаде постсинаптических (M_2 , M_3) мускариновых холинорецепторов детрузора. Это уменьшает или предупреждает действие ацетилхолина на детрузор, снижая его гиперактивность.

М–рецепторы – основная мишень медикаментозного лечения ГАМП. Препаратами выбора остаются M_3 антихолинергические медикаменты, среди которых особую роль играют высокоселективные.

Клинические исследования показывают, что антихолинергические препараты приводят к снижению частоты симптомов ГАМП в течение 1–2 недель лечения, а максимальный эффект достигается к 5–8 неделям. В то же время лечение предполагает длительные курсы. Несмотря на это в большинстве случаев монотерапии антихолинергическими средствами после их отмены наблюдается рецидив симптомов ГАМП, что делает необходимым длительный их прием с целью поддержания адекватного терапевтического эффекта.

Подходы к лечению ГАМП

• I ЛИНИЯ ТЕРАПИИ:

Медикаментозное лечение

• II ЛИНИЯ ТЕРАПИИ:

Поведенческая терапия

• III ЛИНИЯ ТЕРАПИИ:

Физиотерапия и другие виды лечения

Требования к препаратам для фармакологической коррекции ГАМП

- Эффективное воздействие на основные симптомы ГАМП, в т.ч. недержание мочи
- Селективность действия на мочевой пузырь
- Хорошая переносимость
- Возможность длительной терапии

Медикаментозное лечение

- Антихолинергические (антимускариновые) препараты

Атропин, Пропантелин, Троспиум, Толтеродин, Дарифенацин, Оксибутинин, Солифенацин

- Селективные альфа1- адреноблокаторы

Альфузозин, Теразозин, Доксазозин, Тамсулозин, Силодозин

- Трициклические антидепрессанты

Имипрамин, амитриптилин

- Блокаторы ванилоидных рецепторов

Капсаицин, ресиниферотоксин

Антимускариновые препараты для лечения ГАМП

Оксибутинин:

- Дриптан (SolvayPharma),
- Сибутин (КВЗ),
- Дримтан-АПО (Борщаговский ХФЗ)

Толтеродин:

- Детрузитол (Pfizer)
- Уротол (Zentiva)

Солифенацин:

- Везикар (Astellas)
- Зевесин (Zentiva)

-Троспиум:

- Спазмо-лит (Madaus)

Комбинированная терапия- успех лечения. Наиболее оптимальная комбинация - антимускариновые препараты + α -блокаторы

С целью уменьшения симптомов и уродинамических расстройств применяются длительные курсы медикаментозной терапии, которые способствуют сохранению продолжительного эффекта лечения после отмены препаратов; при коротких же курсах лечения (менее 6 мес.) чаще возникают рецидивы симптомов

Наш опыт медикаментозного лечения ГАМП

Лечением ГАМП занимаемся более 36 лет. Больные получали Оксибутинин, Атропин, Доксазозины, Амитриптилин, Имипрамин, гормональные препараты. Проводили гидробуживание мочевых пузырей, оперативную денервацию детрузора, оментопластику, сигмоцистопластику. Последние три года пациенты с ГАМП получают α_1 -адреноблокатор Силодозин (Урорек) и антимускариновый препарат Солифенацин (Зевесин). Комбинированное назначение этих препаратов привело к эффективному излечению симптомов ГАМП у больных на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. Длительность лечения 6-8 месяцев. Проведен анализ 65 амбулаторных карт пролеченных больных с ГАМП. В 92% случаев мы получили положительный результат. Лечение таких больных должно проводиться при тесном взаимодействии разных специалистов, включая урологов, гинекологов и терапевтов. При назначении медикаментозного лечения необходимо обращать внимание на уже используемые лекарственные препараты по поводу сопутствующих заболеваний. Наш опыт лечения ГАМП позволяет рекомендовать урологам назначать данной группе больных α_1 -адреноблокатор Силодозин (Урорек) и антимускариновый препарат Солифенацин (Зевесин).

Выводы

Диагностика ГАМП требует комплексного подхода с учетом данных урологического, гинекологического и неврологического обследования.

Комплексное уродинамическое исследование играет важную роль в постановке диагноза ГАМП.

Комбинированная терапия ГАМП антимускариновым препаратом Солифенацином (Зевесином) в сочетании с α_1 -адреноблокатором Силодозин (Урорек) показывает высокую эффективность и безопасность и может быть рекомендована урологам для внедрения в повседневную лечебную практику.

СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН.

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Дулепин А.В.¹, Приходько А.В.¹, Бурман Ю.С.¹, Краснов В.Н.²,
Полион Н.Ю.², Украинец Е.П.², Квятковский Е.А.³, Коштура В.В.⁴

1. КУ «Д 12 ТМО» ДООС», 2. КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДООС», 3. КУ «Д 9 ГКБ» ДООС»,
4. КУ «Д 6 ГКБ» ДООС» г. Днепрпетровск

Учитывая увеличение числа сексуальных расстройств у женщин, имеющих личностную, психологическую и социальную основы, их профилактика и терапия должны быть направлены на систему отношений женщины и мужчины в целом. Важное место в развитии сексуальных расстройств у женщин занимает истинное (стрессовое) недержание мочи (СНМ). Непроизвольное мочеиспускание – симптом различных заболеваний, распространенных среди женщин, часто

вызывающих дискомфорт. Международное общество урологов определяет недержание мочи и непроизвольное мочеиспускание как социальную и гигиеническую проблемы.

Недержание мочи может быть результатом нарушения накопительной и выделительной функций мочевого пузыря или поражения сфинктера уретры и выводного механизма. Возможно сочетание обеих факторов.

Часто причиной недержания мочи могут быть роды. Даже неосложненные роды сопровождаются стрессом, порой тяжелыми переживаниями и травматизацией мягких тканей родового канала. Происходит резкое падение концентрации гормонов в крови женщины, что сопровождается изменением всех видов обмена веществ, жизнедеятельности органов и систем в организме. Поэтому состояние после родов часто сопровождается психологической подавленностью, депрессией, частыми изменениями настроения женщины. Даже если роды не сопровождались тяжелой травматизацией, происходит перерастяжение тканей, большое количество небольших внутренних разрывов мышц, фасций и других тканей. Они теряют эластичность, физиологический тонус с нарушением функций мочеполовой диафрагмы, которой является промежность.

В родах почти всегда страдают, перерастягиваются и травмируются интимные мышцы, а именно лоно-копчиковая мышца промежности, которая является главной в сексуальной жизни женщины. Травматизации подвергаются важнейшие эрогенные зоны: клитор, передняя стенка влагалища, в результате чего страдает их рецепторный аппарат.

Сокращение и восстановление тканей промежности и влагалища происходит годами, а в тяжелых случаях травматизации ткани так и не восстанавливаются, что приводит к недержанию мочи.

Все это сопровождается нарушением сексуальной функции у женщин. Снижается либидо, уменьшается половое возбуждение и, как правило, отсутствует оргазм.

Выделяют 5 типов недержания мочи, возникающих самостоятельно или в комбинации (классификация международного общества урологов, Abrams et.al.. 1988):

- истинное стрессовое недержание;
- позывное недержание;
- рефлекторное недержание;
- недержание от перенаполнения;
- экстрауретральное недержание.

Истинное стрессовое недержание мочи (СНМ) – это непроизвольное мочеиспускание через интактную уретру в результате резкого повышения внутрибрюшного давления. В этом случае давление в брюшной полости и в мочевом пузыре превышает давление закрытия уретры.

Частота СНМ повышается от 10% в возрасте до 40 лет, до 20% - в возрасте 60 лет, и до 40-49% - в возрасте старше 70 лет.

В соответствии с механизмом и характером лечения пациентки с СНМ могут быть разделены на 2 группы. У большинства из них имеется дефект в структурах, поддерживающих шейку мочевого пузыря и проксимальные отделы уретры, опускающихся ниже зоны действия внутрибрюшного давления в периоды его повышения (гипермобильная уретра). Данный подтип недержания называют анатомическим СНМ. Причины – конституциональные, возрастные, анатомические изменения поддерживающих структур мочевого пузыря и его шейки, связанные, как правило, с родами и акушерскими травмами. Второй подтип недержания возникает в результате повреждения сфинктерного механизма уретры в результате изменений в самой уретре (сфинктерное недержание). При этом типе СНМ уретра не опускается во время физической нагрузки. Возможно формирование смешанных форм – сфинктерного недержания и гипермобильной уретры.

СНМ часто связано с другими патологическими состояниями тазовой области, особенно с несостоятельностью мышц тазового дна. У 40-50% пациенток с цистоцеле обнаруживают органическое СНМ.

Недержание мочи серьезно влияет на качество жизни

Проблемы

Социальные	-
Физические	-
Сексуальные	-
Психологические	-
Профессиональные	-
Домашние	-

Влияние СНМ

Изоляция
Гиподинамия
Воздержание
Депрессия
Деграция

Персональная гигиена

Физические факторы, способствующие развитию СНМ:

- неправильное распределение внутрибрюшного давления;
- снижение тонуса уретры.

Патофизиология стрессового недержания мочи:

I. Гипермобильность уретры

- смещение уретры при повышении внутрибрюшного давления;
- смещение уретры за пределы малого таза ведет к изменению распространения внутрибрюшного давления.

II. Недостаточность внутреннего сфинктера:

- резистентность уретры снижена из-за невозможности мышечных структур сфинктера генерировать достаточное усилие.

Принципы диагностики стрессового недержания мочи

- наличие жалоб на потерю мочи при физнагрузках (кашле, прыжках, беге, смехе, половом акте);
- положительный тест Маршалла;
- количество остаточной мочи не больше 50 мл.;
- емкость мочевого пузыря не меньше 500 мл.;
- рентгенурологическое исследование + нисходящая цистография лежа и стоя, до- и после мочеиспускания (наличие везикализации уретры).

Лечение:

Реабилитация сексуальной дисфункции у женщин с СНМ, которая развилась в следствии перенесенных тяжелых родов, требует проведения комплекса мероприятий, которые включают в себя:

- помощь психолога или психотерапевта;
- лечебная гимнастика для мышц промежности;
- медикаментозная терапия, направленная на укрепление запирающего аппарата уретры и мочевого пузыря;
- применение стимуляторов полового возбуждения.
- хирургическое лечение.

Хирургическое лечение СНМ у женщин – один из труднейших разделов урогинекологии. Предложено большое количество различных операций, но на сегодняшний день эта проблема полностью не решена. В последние годы стали применять трансвагинальные операции с проленовой сеткой TVT, TOT и TVT-O. [4]

Хирургическое лечение

Вид операции	Цель
Надлобковые открытые операции (Burch, Marshall-Marchetti-Krantz и др.)	Поднять и стабилизировать уретру путем суспензии передней стенки влагалища к связкам Купера или лону.
Вагиносуспезия	Стабилизация уретры путем создания поддерживающего механизма в пароуретральных тканях и передней стенки влагалища.
Субуретральные операции (TVT, TOT, TVT-O)	Стабилизация уретры путем проведения субуретрально проленовой ленты, которая свободно фиксируется в толще тканей.

С 1979 года мы применяем методику оперативного лечения СНМ у женщин, предложенную проф. Гончаром М.А., в нашей модификации, обеспечивающей надежную ангуляцию уретры кожными лоскутами или проленовой лентой и «муфты» из передней стенки влагалища.

Мы проанализировали результаты оперативного лечения 98 больных в возрасте от 32 до 76 лет, у которых СНМ развилось после перенесенных родов. Из них 15 больных были с единственной почкой, 25 больных ранее оперированных по поводу СНМ другими методиками по 3-5 раз, но безуспешно.

ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ: Надлобковым дугообразным разрезом внебрюшинно рассекается кожа, подкожная клетчатка, апоневроз. Из кожи операционной раны выкраиваются два свободных кожных лоскута по длине разреза, шириной 1 см каждый. Из лоскутов удаляется эпидермис и гиподерма. Забрюшинное выделение передней стенки мочевого пузыря, его шейки, уретры и передней стенки

влагалища. Под контролем бу́жа, введенного в уретру и пальцев ассистента, введенных во влагалище, прошивается передняя стенка влагалища с обеих сторон от уретры лавсановой (кетгутовой) лигатурой. Лигированием этих нитей над бужом создается дубликатура из передней стенки влагалища, которая в виде «муфты» охватывает уретру, устраняя её везикализацию. Дополнительно двумя лигатурами из капрона и кетгута прошивается передняя стенка влагалища по обеим сторонам шейки мочевого пузыря выше созданной «муфты». Этими же нитями прошиваются и фиксируются дистальные концы подготовленных кожных лоскутов. Свободные концы нитей после взаимного перекрещивания прошиваются через надкостницу лобковых костей со стороны полости таза, лигируются и отсекаются. Проксимальные концы кожных лоскутов перекрещиваются, проводятся через прямые мышцы и апоневроз и фиксируются к ним кетгутом и капроном в натянутом состоянии. Этим достигается усиление ангуляции уретры за счёт тракции лоскутами шейки мочевого пузыря при напряжении мышц передней брюшной стенки. Операция заканчивается дренированием Ретциева пространства на 1-2 дня резиновыми выпускниками. Ушивание раны. Постоянный уретральный катетер на 5-7 дней.

Последние 11 лет вместо кожных лоскутов мы используем проленовую сетку в виде ленты (рис.1 – 4).

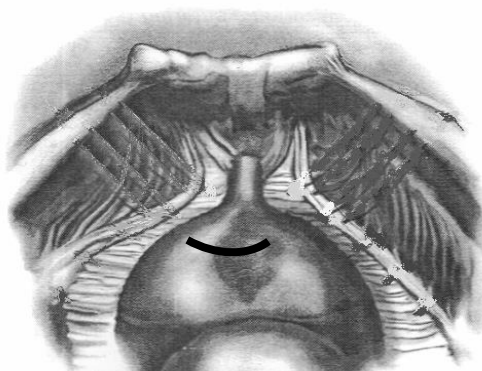


Рис. 1. Создание «муфты» из передней стенки влагалища вокруг уретры при помощи лавсановой лигатуры

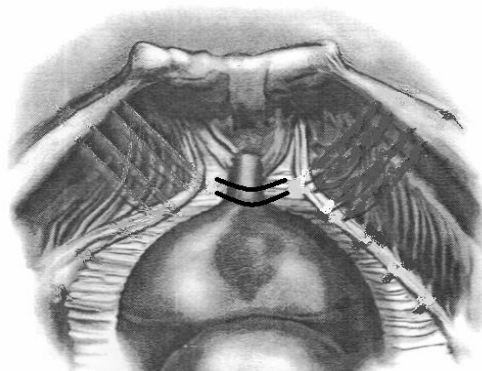


Рис.2. Уменьшение везикализации уретры при помощи наложения добавочной кетгутовой лигатуры

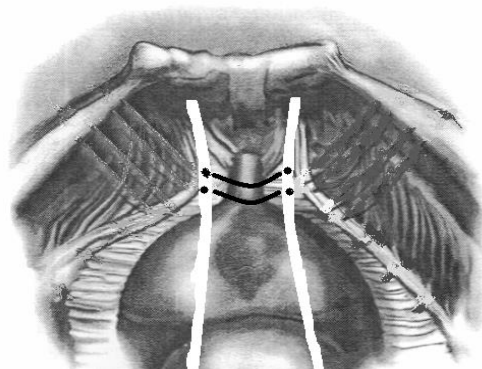


Рис. 3. Фиксация дистальных концов проленовых лент к боковым стенкам созданной «муфты» вокруг уретры

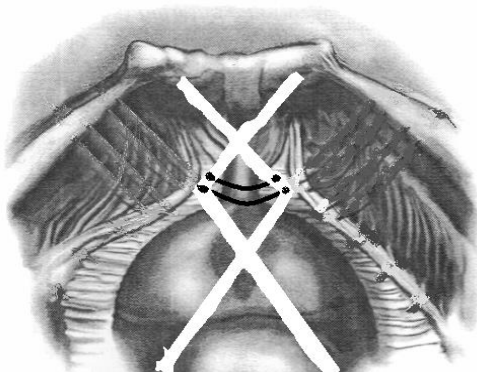


Рис. 4. Фиксация дистальных концов проленовых лент к надкостнице лобковых костей с взаимным перекрестом и проведением их проксимальных концов через прямые мышцы и апоневроз.

Осложнений во время операций и в послеоперационном периоде не наблюдали. Положительный результат получен в 100% случаев. Предлагаемая методика технически проста, не травматична, может быть выполнена урологом, владеющим операциями на мочевом пузыре.

В послеоперационном периоде отмечено восстановление сексуальной функции у женщин.

Выводы

Предложенная методика оперативного лечения СНМ у женщин в нашей модификации должна занять достойное место в лечении этого заболевания.

Данное оперативное вмешательство может быть выполнено у женщин любого возраста урологом, владеющим операциями на мочевом пузыре. В послеоперационном периоде отмечено восстановление сексуальной функции у женщин.

Лечение инфекций мочевыводящих путей - от рекомендаций к клинической практике.

Ю.П.Серняк, С.П. Пасечников, М.В.Криштопа, А.С.Фуксзон.

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, кафедра урологии

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) считаются одними из самых распространенных бактериальных инфекций. Ежегодно в мире фиксируется около 150 миллионов случаев ИМП [4]. Ситуация осложняется трудностью постановки диагноза, который зависит как от наличия симптомов, так и положительной уретральной культуры. [1]. Количество ИМП значительно увеличивается у молодых женщин. Каждая третья женщина к 24 годам 1 раз переносит эпизод ИМП, требующий лечения. Почти половина женщин за всю жизнь хотя бы 1 раз переносят ИМП. У молодых мужчин частота возникновения ИМП гораздо меньше: 5–8 случаев на 10000 [4]. Большинство ИМП вызываются бактериями, которые в обычных условиях являются представителями кишечной микрофлоры. Наиболее частым уропатогеном является *E. coli*, которая вызывает около 85% всех внебольничных ИМП [2]. В патогенез ИМП вовлечены несколько факторов, важнейшими из которых являются анатомические особенности. Женская уретра является более короткой по длине и более предрасположенной к контаминации микробной флорой. У пациенток, которые предрасположены к инфекции, выявлены нарушения этих иммунных механизмов и поверхность слизистой влагалища колонизирована *E. coli* и энтерококками, в то время как нормальная микрофлора влагалища обычно бывает представлена лактобактериями. [3]. У мужчин большая длина мочеиспускательного канала и антибактериальные свойства секрета предстательной железы формируют эффективный барьер на указанном выше восходящем пути [2].

Основным современным терапевтическим подходом является назначение антибиотиков, которые обычно дают ожидаемый положительный результат при острых эпизодах инфекции. В последнее время антибиотики стали использоваться и в качестве профилактических средств. Традиционно главными критериями, влияющими на выбор противомикробного средства для лечения ИМП, являлись его активность в отношении наиболее актуальных уропатогенов (*E. coli*), способность антибиотика выводиться из организма с мочой.

В зависимости от типа действия противомикробные средства разделяют на времязависимые (например, Цефалоспорины – цефиксим производства компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.») и дозозависимые (фторхинолоны, аминогликозиды и макролиды). Преимущество времязависимых антибиотиков заключается в том, что они обеспечивают эрадикацию возбудителя без необходимости существенного превышения уровня минимальной подавляющей концентрации, в отличие от дозозависимых препаратов, бактерицидный эффект которых реализуется при достижении высокой

концентрации антибиотика в среде. За последние десятилетия спектр антибиотикорезистентности основных уропатогенов существенно расширился в связи с нерациональным применением противомикробных средств, что подтверждается результатами исследований, проведенных в различных регионах Европы. Так же необходимо учитывать то, что назначение пациентке с ИМП антимикробного препарата не решает проблему возникновения реинфекции. Это объясняется тем, что больная продолжает подвергаться негативному влиянию немодифицируемых факторов риска, которые повышают вероятность повторных эпизодов ИМП.

Поскольку повторное назначение антибиотиков с целью профилактики рецидивов ИМП зачастую оказывается неэффективным и приводит к развитию нежелательных последствий (сопутствующему ущербу здоровью, селекции антибиотикорезистентности и повышению вирулентности возбудителей, дополнительным расходам на лечение), в последнее время в рамках профилактики рецидивов ИМП рекомендуется использовать альтернативные средства. По мнению экспертов ЕАУ, одним из наиболее эффективных средств неантибактериальной профилактики рецидивов ИМП является иммуноактивный препарат Уро-Ваксом – лиофилизированный бактериальный лизат 18 штаммов уропато генной *E. coli*. В основе механизма действия Уро-Ваксома лежит активация антигенами *E. coli* макрофагов и дендритных клеток, расположенных в зоне пейеровых бляшек тонкого кишечника, которая приводит к стимуляции Ти Влимфоцитов, транспортируемых в последующем в ткани мочевыводящих путей [2].

На базе клиники урологии ДонНМУ им.М.Горького и НМУ им.А.А.Богомольца нами изучено 58 женщин, средний возраст 46,3 лет, с рецидивирующими неосложненными инфекциями мочевыводящих путей. Им произвели назначение Цефорала Солютаб (400 мг/сут) на 3-7 дней в комбинации с Уро-Ваксомом по 1 капсуле в день в течение 3 месяцев. После 3-месячного перерыва прерывистый режим терапии – 3 курса по 10 дней с интервалами по 20 дней каждый. Каждая пациентка мониторировалась примерно в течение 9 месяцев. В качестве критериев эффективности рассматривались количество рецидивов до и после иммунотерапии, а также выраженность дизурии. Степень выраженности дизурии оценивалась по балльным градациям (1 – отсутствует; 2 – слабая; 3 – умеренная; 4 – тяжелая).

Определялись также вид микроорганизма, микробное число и количество лейкоцитов в моче. Согласно плану исследования особое внимание уделялось информации, получаемой от тех пациенток, у которых отмечалось более двух рецидивов за 6-месячный период, предшествовавший иммунотерапии. Поскольку гормональный статус также может быть ассоциирован с предрасположенностью к инфекции, регистрировались данные о назначении пациенткам гормональной заместительной терапии в связи с постменопаузой.

По результатам исследования частота рецидивов снизилась с $4,4 \pm 1,1$ эпизодов за 6-месячный период, предшествующий оральной иммунотерапии, до $1,7 \pm 1,4$ эпизодов за 9-месячную мониторинговую фазу. Эти параметры соответствуют снижению частоты рецидивов в среднем на 65,6%. Таким образом, оральная иммунотерапия обеспечивает эффективную профилактику рецидивирующих неосложненных инфекций нижних отделов мочевыводящих путей у женщин.

Учитывая вышесказанное, современный подход лечения пациенток с ИМП и эффективного предупреждения рецидива инфекции должен базироваться на использовании не только антибактериальных, но и иммуноактивных препаратов.

Принимая во внимание возросший уровень антибиотикорезистентности уропатогенной *E. coli* к действию фторхинолонов, в лечении ассоциированных с этим возбудителем состояний предпочтение следует отдавать представителям других классов антимикробных препаратов. В частности, назначение Цефорала Солютаб (400 мг/сут) на 3-7 дней с одновременным приемом Уро-Ваксома (6 мг/сут) в течение 3 мес является эффективным и безопасным методом эрадикации возбудителя и профилактики рецидивов ИМП.

Литература:

1. Betsy Foxman, PhD, 2002. Epidemiology of Urinary Tract Infections: Incidence, Morbidity and Economic Costs.
2. Уро-Ваксом и лечение рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у взрослых: рандомизированное многоцентровое двойное слепое клиническое испытание, 2002
3. G. Popa et al., 2000. Recurrent postmenopausal urinary tract infections
4. Walter E. Stamm and S. Ragnar Norrby, 2001. Urinary Tract Infections: Disease Panorama and Challenges

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ - ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Серняк Ю.П., Пасечников С.П., Криштопа М.В., Фуксзон А.С.
Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г. Киев

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) считаются одними из самых распространенных бактериальных инфекций. Ежегодно в мире фиксируется около 150 миллионов случаев ИМП [4]. Ситуация осложняется трудностью постановки диагноза, который зависит как от наличия симптомов, так и положительной уретральной культуры. [1]. Количество ИМП значительно увеличивается у молодых женщин. Каждая третья женщина к 24 годам 1 раз переносит эпизод ИМП, требующий лечения. Почти половина женщин за всю жизнь хотя бы 1 раз переносят ИМП. У молодых мужчин частота возникновения ИМП гораздо меньше: 5–8 случаев на 10000 [4]. Большинство ИМП вызываются бактериями, которые в обычных условиях являются представителями кишечной микрофлоры. Наиболее частым уропатогеном является *E. coli*, которая вызывает около 85% всех внебольничных ИМП [2]. В патогенез ИМП вовлечены несколько факторов, важнейшими из которых являются анатомические особенности. Женская уретра является более короткой по длине и более предрасположенной к контаминации микробной флорой. У пациенток, которые предрасположены к инфекции, выявлены нарушения этих иммунных механизмов и поверхность слизистой влагалища колонизирована *E. coli* и энтерококками, в то время как нормальная микрофлора влагалища обычно бывает представлена лактобактериями. [3]. У мужчин большая длина мочеиспускательного канала и антибактериальные свойства секрета предстательной железы формируют эффективный барьер на указанном выше восходящем пути [2].

Основным современным терапевтическим подходом является назначение антибиотиков, которые обычно дают ожидаемый положительный результат при острых эпизодах инфекции. В последнее время антибиотики стали использоваться и в качестве профилактических средств. Традиционно главными критериями, влияющими на выбор противомикробного средства для лечения ИМП, являлись его активность в отношении наиболее актуальных уропатогенов (*E. coli*), способность антибиотика выводиться из организма с мочой. В зависимости от типа действия противомикробные средства разделяют на времязависимые (например, Цефорал Солютаб – цефиксим производства компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.») и дозозависимые (фторхинолоны, аминогликозиды и макролиды). Преимущество времязависимых антибиотиков заключается в том, что они обеспечивают эрадикацию возбудителя без необходимости существенного превышения уровня минимальной подавляющей концентрации, в отличие от дозозависимых препаратов, бактерицидный эффект которых реализуется при достижении высокой концентрации антибиотика в среде. За последние десятилетия спектр антибиотикорезистентности основных уропатогенов существенно расширился в связи с нерациональным применением противомикробных средств, что подтверждается результатами исследований, проведенных в различных регионах Европы. Так же необходимо учитывать то, что назначение пациентке с ИМП антимикробного препарата не решает проблему возникновения реинфекции. Это объясняется тем, что больная продолжает подвергаться негативному влиянию немодифицируемых факторов риска, которые повышают вероятность повторных эпизодов ИМП. Поскольку повторное назначение антибиотиков с целью профилактики рецидивов ИМП зачастую оказывается неэффективным и приводит к развитию нежелательных последствий (сопутствующему ущербу здоровью, селекции антибиотикорезистентности и повышению вирулентности возбудителей, дополнительным расходам на лечение), в последнее время в рамках профилактики рецидивов ИМП рекомендуется использовать альтернативные средства. По мнению экспертов ЕАУ, одним из наиболее эффективных средств неантибактериальной профилактики рецидивов ИМП является иммуноактивный препарат Уро-Ваксом – лиофилизированный бактериальный лизат 18 штаммов уропато генной *E. coli*. В основе механизма действия Уро-Ваксома лежит активация антигенами *E. coli* макрофагов и дендритных клеток, расположенных в зоне пейеровых бляшек тонкого кишечника, которая приводит к стимуляции Ти Влимфоцитов, транспортируемых в последующем в ткани мочевыводящих путей [2].

На базе клиники урологии ДонНМУ им.М.Горького и НМУ им.А.А.Богомольца нами изучено 58 женщин, средний возраст 46,3 лет, с рецидивирующими неосложненными инфекциями мочевыводящих путей. Им произвели назначение Цефорала Солютаб (400 мг/сут) на 3-7 дней в комбинации с Уро-Ваксомом по 1 капсуле в день в течение 3 месяцев. После 3-месячного перерыва прерывистый режим терапии – 3 курса по 10 дней с интервалами по 20 дней каждый. Каждая

пациентка мониторировалась примерно в течение 9 месяцев. В качестве критериев эффективности рассматривались количество рецидивов до и после иммунотерапии, а также выраженность дизурии. Степень выраженности дизурии оценивалась по балльным грациям (1 – отсутствует; 2 – слабая; 3 – умеренная; 4 – тяжелая). Определялись также вид микроорганизма, микробное число и количество лейкоцитов в моче. Согласно плану исследования особое внимание уделялось информации, получаемой от тех пациенток, у которых отмечалось более двух рецидивов за 6-месячный период, предшествующий иммунотерапии. Поскольку гормональный статус также может быть ассоциирован с предрасположенностью к инфекции, регистрировались данные о назначении пациенткам гормональной заместительной терапии в связи с постменопаузой.

По результатам исследования частота рецидивов снизилась с $4,4 \pm 1,1$ эпизодов за 6-месячный период, предшествующий оральной иммунотерапии, до $1,7 \pm 1,4$ эпизодов за 9-месячную мониторинговую фазу. Эти параметры соответствуют снижению частоты рецидивов в среднем на 65,6%. Таким образом, оральная иммунотерапия обеспечивает эффективную профилактику рецидивирующих неосложненных инфекций нижних отделов мочевыводящих путей у женщин.

Учитывая вышесказанное, современный подход лечения пациенток с ИМП и эффективного предупреждения рецидива инфекции должен базироваться на использовании не только антибактериальных, но и иммуноактивных препаратов. Принимая во внимание возросший уровень антибиотикорезистентности уропатогенной *E. coli* к действию фторхинолонов, в лечении ассоциированных с этим возбудителем состояний предпочтение следует отдавать представителям других классов антимикробных препаратов. В частности, назначение Цефорала Солютаб (400 мг/сут) на 3-7 дней с одновременным приемом Уро-Ваксома (6 мг/сут) в течение 3 мес является эффективным и безопасным методом эрадикации возбудителя и профилактики рецидивов ИМП.

Литература:

1. Betsy Foxman, PhD, 2002. Epidemiology of Urinary Tract Infections: Incidence, Morbidity and Economic Costs.
2. Уро-Ваксом и лечение рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у взрослых: рандомизированное многоцентровое двойное слепое клиническое испытание, 2002
3. G. Popa et al., 2000. Recurrent postmenopausal urinary tract infections
4. Walter E. Stamm and S. Ragnar Norrby, 2001. Urinary Tract Infections: Disease Panorama and Challenges

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федорук А. С., Владыченко К. А., Визнюк В. В., Степанченко М. С.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Перед планируемой трансуретральной резекцией (ТУР) предстательной железы или в короткий период подготовки к данному вмешательству, назначая инфузию, врач стремится коррегировать нарушения, вызванные самой болезнью и ее осложнениями: водно-электролитные нарушения, интоксикацию, реологические расстройства. Принятые стандарты такого лечения в различных клиниках могут заметно отличаться. На практике инфузионную терапию на дооперационном этапе применяют далеко не перед каждым готовящимся даже плановым оперативным вмешательством. Назначая инфузионную терапию, определяют её два основных ее параметра: объем и состав. При значительных объемах переливаний, у пациентов с сердечной недостаточностью или низкими резервами функционального состояния сердца важен также темп инфузии. В нашей клинике в предоперационном периоде назначается внутривенно капельно Реосорбилакт в дозе 3–5 мл/кг. ТУР предстательной железы проводится под спинно-мозговой анестезией, что в некоторых случаях приводит к значительному снижению артериального давления (АД). Поэтому наряду с мониторингом АД проводится инфузия вазопресорных препаратов (гидрокортизон, мезатон) на растворе Рингера. Систолическое АД поддерживается на уровне 130–140 мм.рт.ст., что также позволяет уменьшить скорость реабсорбции ирригационной жидкости через поврежденные венозные синусы. Положение больного при проведении ТУР простаты имеет важную роль в профилактике интраоперационных осложнений. Полусидячее положение создаёт разницу уровней между венозной системой простаты и сердца в 20 см, что увеличивает венозное давление в перипростатических венах на 15 мм.рт.ст. При таком положении больного ирригационная жидкость будет попадать в поврежденные венозные синусы только если внутрипузырное давление будет более 40 мм водного столба. Кроме этого, полусидячее положение облегчает дыхание, уменьшает возможность развития отёка мозга при ТУР-синдроме. Одним из самых частых и серьёзных осложнений эндоскопических операций на предстательной железе является синдром трансуретральной резекции (Тур-синдром). Данное

состояние сопровождается нарушением сознания, снижением артериального давления, брадикардией. Симптоматика появляется при падении натрия плазмы ниже 125 мэкв/л и связана с реабсорцией ирригационной жидкости во время проведения трансуретральной резекции. Поэтому для коррекции гипотонической гипергидратации во время ТУР предстательной железы пациенту рекомендуют проводить инфузию гипертонического раствора натрия хлорида. В то же время существует определенный риск сердечной декомпенсации при гиперинфузиях. Тем более, что пациенты с доброкачественной гиперплазией простаты – мужчины пожилого возраста у которых довольно часто имеется тяжелая сопутствующая патология сердечно–сосудистой системы. С целью нивелирования возможности развития данных осложнений в конце оперативного вмешательства внутривенно вводится фуросемид 2–4 мл. и проводится инфузия комплексного гиперосмолярного препарата Сорбилакт в дозе 2–3 мл/кг. Большое значение имеет продолжительность операции, которая зависит от квалификации хирурга и свойства используемой ирригационной жидкости. При ТУР предстательной железы мы отдаём предпочтение официальному раствору Турусол. В одном литре данного раствора содержится 27,00 г сорбита и 5,40 г манита. Осмолярность раствора составляет 178 мосмоль/л, рН – 4,5 – 7,0. Учитывая реабсорцию ирригационной жидкости, применение Турусола нивелирует развитие гипотонической гипергидратации, развития гемолиза, оказывает осмодиуретический эффект. При проведении биполярной трансуретральной резекции предстательной железы фармакоэкономически целесообразно использование физиологического раствора натрия хлорида. Высота расположения ёмкости для ирригационной жидкости над операционным столом в среднем составляет около 40–50 см и может изменяться в зависимости от видимости в операционном поле (при отсутствии перфузома). Выводы. 1. Остаётся актуальным усовершенствование путей профилактики ТУР-синдрома. 2. Положение больного (полусидячее) при трансуретральной резекции простаты способствует снижению скорости реабсорбции ирригационной жидкости. 3. Использование комплексных гиперосмолярных инфузионных препаратов позволяет проводить адекватную коррекцию нарушений водно–солевого баланса в периоперационном периоде трансуретральной резекции простаты.

МІСЦЕ БОТУЛОТОКСИНУ А В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У ДІТЕЙ

Шевчук Д.В.

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня
Житомирський державний університет імені І. Франка
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Найгрізнішим ускладненням вродженої патології хребетного стовпа (т.зв. спінальні дизрафії) є пошкодження нирок (de Jong TP et al., 2008). У випадку своєчасного адекватного урологічного лікування дітей із спінальними дизрафіями, зменшується загроза пошкодження нирок (Wu HY et al., 1997; Dik P et al., 2006).

Враховуючи те, що у хворих із мієлодисплазією розлади сечовипускання становлять 95-98%, то особливої уваги слід приділяти комплексному лікуванню нервово-м'язової дисфункції сечового міхура у даної категорії хворих дітей (Smith E. 1965; van Gool JD et al., 2001). В ході уродинамічних досліджень Гусева Н.Б. (2007) встановила, що 62% пацієнтів із мієлодисплазією мають дискоординацію скорочення детрузора і сфінктера (детрузорно-сфінктерна диссинергія) і частіше всього достатнє застосування перманентної катетеризації та антихолінергічні препарати. Окрім того, у 45% хворих спостерігається порушення замикальної властивості сфінктера.

Ботулотоксин А (БТА) – нейротоксичний протеїн що продукується бактерією *Clostridium botulinum* із ефектом пресинаптичного блокування, який дає змогу проводити селективну блокаду детрузора при його внутрішньом'язовій ін'єкції. Доведено, що БТА блокує м'язові M_2 , M_3 , P_2X_2 та P_2X_3 рецептори, що дає змогу збільшити об'єм сечового міхура у дітей (Schulte-Baukloh H et al., 2002).

БТА є найбільш широко використовуваний і застосовується у кількох фірмових назвах, таких як: Botox® (onabotulinumtoxin A, Allergan Pharmaceuticals, Irvine, CA, USA), Dysport® (abobotulinumtoxin A, Ipsen Biopharm Ltd, Slough, UK), Xeomin® (incobotulinumtoxin A, Merz Pharmaceuticals UK Ltd, Herts, UK), Prosigne® (Lanzhou Biological Products, Lanzhou, China), і PurTox® (Mentor Corporation, Madison, WI, USA)(Mangera A et al., 2011).

Ряд авторів вказують на переважання позитивного ефекту від застосування БТА в лікуванні нервово-м'язової дисфункції сечового міхура. Особливого значення введення БТА має при т.зв. рефрактерних до лікування дисфункціях сечового міхура при порушенні нервової провідності по спинному мозку (Лихачев С.А. и соавт., 2010; Akbar M et al., 2007; Smaldone MC et al., 2010; Cruz F et al., 2011; Kroll P et al., 2011; Rohrsted M et al., 2012).

Загалом, позитивний ефект від застосування БТА відмічається у 75% дітей із мієлодисплазією (Сарычев С.А., 2012). Продовжуються великі клінічні дослідження стосовно можливості застосування БТА в дитинстві, сумісність БТА із іншими препаратами (De Ridder D, 2008), однак ефективність його застосування у хворих із рефрактерними до стандартної терапії формами нервово-м'язової дисфункції сечового міхура дає можливість рекомендувати БТА до застосування у дитячій практиці у відповідності до Протоколів по Дитячій урології Європейської Асоціації Урологів (Tekgül S et al., 2009).

Таким чином, можна прийти до висновку, що інтрадетрузорні ін'єкції Ботулотоксина А є достатньо безпечною та ефективною складовою комплексного лікування резистентних до терапії форм нервово-м'язової дисфункції сечового міхура у дітей, зокрема оперованих з приводу спінальних дизрафій. Методика досить проста у виконанні, добре переноситься пацієнтами, ефект настає за короткий час та має пролонговану дію. Інтрадетрузорні ін'єкції БТА можуть бути запропоновані усім хворим дітям із детрузорно-сфінктерною диссинергією та/або цисталгіями.

Перелік використаної літератури:

1. Гусева Н.Б. Коррекция нарушений функции мочевого пузыря в консервативном и оперативном лечении детей с недержанием мочи при миелодисплазии Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.мед.н. М., - 2007 г.
2. Лихачев С.А., Строцкий А.В., Забродец Г.В., Рагузин А.А. Применение препарата ботулотоксина типа А в лечении нейрогенной дисфункции нижних мочевых путей при патологии спинного мозга// Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи, новые направления в медицине: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко», Минск, 30 окт. 2010 г. / БГМУ; под ред. А.А. Троянова [и др.]. – Минск: УП «Донарит», 2010. – С. 199–201
3. Сарычев С.А. Хирургическое лечение нарушений резервуарной функции мочевого пузыря у детей с миелодисплазией. Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.мед.н. 14 ФЕВ 2013 Санкт-Петербург 2012
4. Akbar M, Abel R, Seyler TM, Bedke J, Haferkamp A, Gerner HJ, Möhring K. Repeated botulinum-A toxin injections in the treatment of myelodysplastic children and patients with spinal cord injuries with neurogenic bladder dysfunction. BJU Int 2007;100(3):639–45
5. Cruz F, Herschorn S, Aliotta P, Brin M, Thompson C, Lam W, Daniell G, Heesakkers J, Haag-Molkenteller C Efficacy and Safety of OnabotulinumtoxinA in Patients with Urinary Incontinence Due to Neurogenic Detrusor Overactivity: A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial European Urology 60 (2011): 742–750
6. de Jong TP, Chrzan R, Klijn AJ, Dik P Treatment of the neurogenic bladder in spina bifida. Pediatr Nephrol. 2008; 23(6): 889
7. De Ridder D Botulinum toxin: future developments BJU International | 2008 10 (2) , Supplement 1, 20–22
8. Dik P, Klijn AJ, van Gool JD, de Jong-de Vos van Steenwijk CC, de Jong TP Early start to therapy preserves kidney function in spina bifida patients. Eur Urol. 2006; 49(5): 908
9. Kroll P, Jankowski A, Soltysiak J, Murias M, Skrzypczak M, Zachwieja J Botulinum toxin-A injections in children with neurogenic bladder Nephro-Urol Mon. 2011;3(2):125–128
10. Mangera A, Andersson KE, Apostolidis A et al. Contemporary management of lower urinary tract disease with botulinum toxin A: a systematic review of Botox (OnabotulinumtoxinA) and Dysport (AbobotulinumtoxinA). Eur Urol 2011, 60: 784 – 95
11. Rohrsted M, Nordsten CB, Bagi P Onabotulinum Toxin A (Botox®) in the Treatment of Neurogenic Bladder overactivity Nephro-Urol Mon. 2012;4(2):437–442.
12. Schulte-Baukloh H, Michael T, Schobert J, Stolze T, Knispel HH. Efficacy of botulinum-a toxin in children with detrusor hyperreflexia due to myelomeningocele: preliminary results. Urology. 2002 Mar;59(3): 325–7
13. Smith E. Spina bifida and the total care of spinal myelomeningocele. Springfield, IL: CC Thomas, ed,1965; pp. 92–123
14. Smaldone MC, Ristau BT, Leng WW Botulinum Toxin Therapy for Neurogenic Detrusor Overactivity Urol Clin N Am 37 (2010): 567–580
15. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, Radmayr Chr, Stein R. Guidelines on Paediatric Urology/ European Association of Urology, 2009
16. van Gool JD, Dik P, de Jong TP. Bladder-sphincter dysfunction in myelomeningocele. Eur J Pediatr 2001; 160(7): 414–20
17. Wu HY, Baskin LS, Kogan BA Neurogenic bladder dysfunction due to myelomeningocele: neonatal versus childhood treatment. J Urol. 1997; 157(6): 2295