

## Литература

1. I.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. Горпинченко И.И., Романик М.Г. Коллост – уникальный биопластический материал. Перспективы в андрологии // Здоровье мужчины 2009.-№1 (28).-С.83-86.
3. Гурженко Ю.М. Фібропластична індурація статевого члена.–Київ.–2004.–382 с.
4. Shamrayev S., Babyuk I., Shamrayeva D. et al. The comparative results of surgical treatment of patients with Peyronie's disease: autodermo-, autoveno- or xenodermoscoroprografting // Program IMORU VII.–2016.–Р.13.
5. 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.
6. Патент на корисну модель 83843 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хвороби Пейроні / С.М. Шамраєв, С.Г. Єрмілов, Л.І. Волос. – № у 2013 06628; заявл. 28.05.2013; опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18.
7. 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. – № у 2013 06627; заявл. 28.05.2013; опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СНМП ТАМСУЛОЗИНОМ И ЭКСТРАКТОМ S.REPENS У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПО ПОВОДУ ДГПЖ

*Д.В. Щукин, П.В. Мозжаков., А.И. Гарагатый, А.В. Шусь, В.А. Лийченко*  
Харьковский национальный медицинский университет  
КУОЗ «Областной центр урологии и нефрологии им. В.И.Шапавала»  
Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Введение.** Высокая эффективность хирургических вмешательств на предстательной железе, таких как ТУР и открытая аденомэктомия, в коррекции обструктивной группы симптомов нижних мочевых путей хорошо доказана и уже давно сделала эти подходы основными стандартами лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты. Однако, у большинства больных после операции сохраняются учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, связанные с наличием воспаления в предстательной железе или гиперактивностью мочевого пузыря, а у некоторых пациентов персистирует обструктивная симптоматика из-за отека в области простаты и длительно существующей обструктивной цистопатии. Обычно, для коррекции этих симптомов используются  $\alpha$ -адреноблокаторы, антибиотики и антимиокарбиновые препараты. Но такой подход не всегда является эффективным, к тому же он может сопровождаться выраженными побочными эффектами, в частности со стороны препаратов антихолинэргической группы. Мы исследовали эффективность комбинированной терапии тамсулозином и экстрактом *S.repens* у пациентов с симптомами нижних мочевых путей после хирургических вмешательств на предстательной железе по поводу доброкачественной гиперплазии простаты.

**Материал и методы.** В исследование вошли 86 больных, которым проводилось оперативное лечение по поводу ДГПЖ (ТУР - 46, аденомэктомия 40). Они были разделены на две группы. I группа включала 42 пациента получавших стандартную терапию тамсулозином и антибактериальными препаратами. Во II группу вошли 44 больных, принимавших экстракт *Sereoa repens* в дополнение к стандартной терапии тамсулозином и антибиотиками. В работе использовались препараты производства Берлин Хеми, Менарини Групп (Германия) - тамсулозин (Флосин), экстракт *Sereoa repens* (Простамол Уно). Простамол Уно<sup>®</sup> назначали в дозировке 1 капсула в сутки после еды в течение 2 месяцев после операции, тамсулозин – в дозировке 0,4 мг в сутки однократно утром после еды также на протяжении 2 месяцев. В исследование были включены пациенты, выписанные из стационара, не имевшие каких-либо серьезных интра- или послеоперационных осложнений и не отмечающие макрогематурии. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, наличию сопутствующей патологии, объему предстательной железы, количеству остаточной мочи и индексу IPSS до операции.

Сравнение эффективности различных видов терапии проводилось на основании оценки симптомов по Международной шкале IPSS, определения индекса качества жизни (QoL), количества остаточной мочи и максимальной объемной скорости мочеиспускания. Отдельно изучалась частота развития и выраженность побочных эффектов. Характеристики исследованных параметров оценивались непосредственно после удаления уретрального катетера и выписки пациента из стационара, а также через 4 и 8 недель после начала терапии.

Полученные данные обрабатывали с помощью методов параметрической статистики. Статистическую обработку проводили с помощью программ STATISTICA 6.0 и MO Excel, 2007. Все значения уровня статистической значимости (p) менее 0,05 считались достоверными.

**Результаты.** Основные характеристики полученных результатов представлены в таблице 1. Таблица 1

Основные характеристики полученных результатов в обеих группах

Группа	Сроки, нед	IPSS, баллы	С-мы опорожнения (1,3,5,6)	С-мы наполнения (2,4,7)	QoL, баллы	V ост мочи, мл	Qmax, мл/с
I	0	18±2,2	8±0,4	10±0,6	3,4±0,3	40,2±3,8	10,2±1,4
	4	12±0,9*	6±0,3	6±0,4	2,8±0,1	24,6±1,6	12,4±0,9
	8	10±0,4*	4±0,6	6±0,8*	2,4±0,2*	20,4±3,4*	12,8±1,8
II	0	19±1,8	8±0,5	11±0,9	3,6±0,2	38,4±3,0	10,4±0,7
	4	10±0,8*	5±0,3	5±0,3	2,4±0,1	20,4±1,6	10,9±0,8
	8	8±0,4*	4±0,3	4±0,2*	2,0±0,2*	14,8±1,8*	11,6±1,0

Примечание: \* - при значениях  $p < 0,05$  при сравнении показателей в те же сроки наблюдения

У пациентов обеих групп непосредственно перед началом терапии преобладала ирритативная симптоматика. Через 4 и 8 недель после лечения средний суммарный балл IPSS был достоверно ниже в группе комбинированной терапии (тамсулозин + Serenoa repens) по сравнению с группой монотерапии тамсулозином. Эти различия были наиболее выражены через 8 недель лечения и прежде всего касались симптомов накопления. Результаты комбинированной терапии также были достоверно лучше при оценке качества жизни пациентов и количества остаточной мочи, но эти преимущества были зафиксированы только через 8 недель после начала лечения. Объективных различий в обеих группах в отношении уровня максимальной объемной скорости мочеиспускания не отмечалось ни через 4, ни через 8 недель наблюдения.

Уровни побочных эффектов достоверно не различались в обеих группах и в основном были связаны с приемом тамсулозина.

**Заключение.** Комбинированная терапия симптомов нижних мочевых путей после хирургических вмешательств на предстательной железе по поводу ДГПЖ с помощью тамсулозина и экстракта Serenoa repens является эффективным подходом, который превосходит результаты монотерапии тамсулозином в коррекции ирритативной группы симптомов и улучшении зависимого от здоровья качества жизни.

### **ДИВЕРТИКУЛЫ ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ**

*Д.В. Щукин, П.В. Мозжаков., С.В. Андреев, А.В. Аркатов, А.И. Гарагатый*  
Харьковский национальный медицинский университет  
КУОЗ «Областной центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала»

**Введение.** Наиболее образно дивертикулы уретры у женщин охарактеризовал американский уролог Eric S. Rovner: "Дивертикулы женской уретры представляют собой одну из наиболее сложных диагностических и реконструктивных проблем в женской урологии. Эти случаи могут быть одновременно очаровательными и разочаровывающими...., но их объединяет то, что все они по своему уникальны".

Уретральные дивертикулы имеют место у 0,6%-6,0% женщин и наиболее часто диагностируются в возрасте от 30 до 50 лет. Чаще всего они представляют собой полость, соединяющуюся с уретрой единичным каналом. Размеры дивертикулов могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Основной причиной их формирования является рецидивирующая инфекция с образованием абсцессов парауретральных и уретральных желез (желез Skene), которые располагаются в области средней и дистальной части уретры, по ее задне-латеральной стенке, в районе 3 и 9 часов условного циферблата. Эти переполненные железы разрываются и дренируются в просвет уретры, образуя полость дивертикула. В дальнейшем полость эпителизируется за счет эпителия уретры и становится истинным дивертикулумом.

Хроническое воспаление и застой мочи могут приводить к злокачественной трансформации элементов дивертикула с образованием аденокарциномы, переходно-клеточного или чешуйчато-клеточного рака. Однако, гораздо чаще в его просвете образуются камни. Они могут выявляться в 1,5%-10% случаев. Среди основных причин формирования камней дивертикула, кроме хронического застоя мочи, можно выделить отложение солевых депозитов и активное выделение слизи эпителием,